Nr 14 4 kwietnia 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr Andrzej KLISIECKI. Lwów.

Moje przeżycia sportowe.

Z Zakładu Fizjologii Akademii Medycyny Weterynaryjnej.

Turystykę zimową i letnią zacząłem uprawiać przed paru laty, gdy miałem już pewne zrozumienie fizjologiczne własnego organizmu. W nowych dla mnie warunkach, nieprzeżywane dotychczas stany starałem się krytycznie śledzić i oceniać w sposób zrozumiały. Na serce nadmiernie pobudliwe, słabe w siedzącym trybie życia, praca fizyczna miała taki wpływ, że wnet tętno stało się wolniejsze, siła serca wzrosła i bez uczucia ostatecznego zmęczenia mogłem wchodzić na piętro i drugie i wyższe oraz na górskie szczyty. Znikło nadmiernie szybkie tętno przy próbach wstawania, przy miernych ruchach, znikło uczucie duszności, temu towarzyszące.

Jakie znaczenie ma wolne tętno, dlaczego serce pracujące, rosnąc w siłę, zwalnia swe tętno w miarę zaprawy? Jest to wyrazem przystosowania serca, umiejętności wykonywania pracy mniejszym kosztem. Pomijając wpływy nerwowe i hormonalne, tętno i wyrzut serca zależą od żylnego dopływu do prawego przedsionka. Większy dopływ żylny zwalnia rytm i powiększa wyrzut komór, bo dłuższe rozkurcze lepiej wypełniają ich jamy. Rzadsze tętno przy dobrym wyrzucie powoduje lepsze tętnienie tętnic. Dzięki tętnieniu zachodzi na pozór dziwne zjawisko braku spadku ciśnienia wzdłuż tętnic i ciśnienie obwodowe, np. w tętnicy palcowej kończyny tylnej jest tak wysokie, jak średnie ciśnienie w opuszce tętnicy głównej, albo nawet i wyższe.

Tętnienie naczyń przenosi energię serca prawie bez straty poprzed tkankowe krążenie, którego potrzebom serce służy. Potrzeby te, jak wiadomo, są zmienne. Wielekroć większe krążenie włosowate w pracy narządu, może czerpać energię bezpośrednio z obwodu bez pobudzania serca do zwiększenia tłoczenia krwi. Serce wciągane jest w te sprawy dopiero wówczas, gdy rozszerzenie naczyń włosowatych zajdzie na znacznym obszarze; wtedy serce przyśpiesza tętno i zwiększa wyrzut, aby obwodowemu spadkowi ciśnienia zapobiec. Tętnienie, jak wiadomo, zależy od wyrzutu lewej komory, częstości jej skurczów i obwodowego oporu, tj. od zwężenia tętniczek obwodowych. W pewnym doborze tych trzech sił jest optimum tętnienia i najekonomiczniejszy transport energii kinetycznej serca w postaci statycznej, w postaci ciśnienia, na obwód, ze znacznym odciążeniem serca, bo przyrost pracy, wywołany większym wyrzutem, jest sowicie wyrównywany zwolnieniem tętna. Wartość pracy sercowej w czasie jest w wolnym tętnie niższa, niż przy mniejszym wyrzucie a częstym tętnie. Nadto, wolno bijące serce ma dużą możliwość zwiększenia swej pracy, przez przyśpieszenie tętna, gdy zajdą okoliczności. W tętnie nieco przyśpieszonym ponad wartość spoczynkową takie serce może długo pracować. Serca biegaczy maratońskich bezpośrednio po zawodach mają tętno 60/min., a w spoczynku 44—58/min. Dobre tętnienie tętnic przy wolnym tętnie serca zapewnia mięśniom należyte ukrwienie i serca nie wyczerpuje. Do tego dochodzi się przez pracę fizyczną, przez ćwiczenia cielesne. Przerost serca, powiększenie elementów czynnych mięśnia jest fizjologicznym zjawiskiem, pożądanym do pewnych granic. Z wielu stron dochodzą wiadomości o leczniczym wpływie pracy na serca neurasteniczne tak młode, jak i starsze.

Gdy uwagi niniejsze w druku się znajdowały, ukazały się w tym piśmie (P. G. L. Nr 3. 1937) dwa artykuły (H a v l i c k a i P e t e r a), w których jest próba tłumaczenia pracy serca nie zasadą tłoczenia krwi przez jego komory, ale zasadą „taranu wodnego". Wystarczy jednak wziąć w palce bijące serce królika czy psa, wyczuć siłę skurczu komory lewej, porównać napięcie przez nią rozwijane z napięciem szkieletowego mięśnia w pracy, aby nabrać przekonania, że energia komory rodzi się w niej samej, że nie otrzymuje ona żadnej energii od prądu krwi z żył i przedsionków, że praca komory dorównuje co najmniej swą wielkością pracy mięśnia szkieletowego. Krążenie zamarłe ożywia się z chwilą pierwszego skurczu komory, gdy dopływ żylny jest jeszcze w zastoju zupełnym; serce wycięte bije samorzutnie, gdy jest odżywiane krwią płynącą przez wieńcowe naczynia, kurczy się doskonale przy pustych nawet komorach; energię czerpie zatem niewątpliwie samo ze siebie. Jak autorowie potrafią godzić niezaprzeczalne działanie nerwów sercowych i farmakologicznych środków na serce ze swym pojęciem taranu? Gdzie zatem leży to źródło siły, skoro go w komorze sercowej brak? Czy w ruchu krwi żylnej, niezaprzeczalnie zależnym właśnie od pracy lewej komory? A wielkość pracy serca? Musimy ją oceniać według iloczynu oporu i drogi, bo innego kryterium nie posiadamy. Wyrzut komory lewej ludzkiej w ilości 60 cm³ do tętnicy głównej pod ciśnieniem około 100 mm Hg, jednak w tętnie 70/min. jest równoważny 8200 kg/m na dobę.

Gdy wyrzut komory lewej wynosi tylko 40 cm³, tętno 60/min., a średnie ciśnienie w opuszce 80 mm Hg to praca dzienna wyniesie tylko około 4000 kg/m, a przecie są w dniu długie okresy czasu, w których serce taką lub mniejszą jeszcze pracę wykonuje. Astronomiczne liczby pracy serca przytoczone przez autorów pochodzą ze zbyt optymistycznego ocenianego wzrostu wyrzutu komór w pracy, metodami obciążonymi przynajmniej 10% błędem, z zapoznawania faktu, że dwu- i trzykrotnie większą pracę serce może wytrzymać tylko na krótką metę, że w pracy długotrwałej serca zaprawione tętno swe nieznacznie przyśpieszają, a wyrzut komór nie jest dwu-trzykrotnie większy i ze wzrostem tętna tylko do pewnych granic się powiększać może. Idea „taranu wodnego" wymaga ulokowania siły tych dziesiątków tysięcy kilogramometrów gdzieś poza komorą lewą. Strumień krwi żylnej ma minimalną energię, o czym się łatwo przekonać, zamykając nagle dopływ żylny do serca. Mimo zamknięcia żył serce przecie bije, a taran wodny ustaje z chwilą zamknięcia dopływu, bo pracuje kosztem energii kinetycznej strumienia wody. Od lat studiuję na żywym materiale sprawy krążenia, a sens dowodów objektywnych przyrządów (manometrów), każe mi przy teorii „tłoczenia" pozostawać. Ogromem swej pracy dziennej dorównać sercu potrafi byle mięsień szkieletowy a obliczenie pracy mięśni np. nóg w przeżytych latach mogłoby przedwczesną siwiznę sprowadzić.

Wolne tętno serca ma także inny niedoceniany wpływ na krążenie duże i małe. Przez serce przechodzi najkrótszy szlak krwionośny z opuszki tętnicy głównej do serca prawego. Ciśnienie w opuszce wynosi średnio 100 mm Hg, w komorze prawej od zera w rozkurczu do 30 mm w skurczu, w tętnicy płucnej około 25 mm Hg. W stronę niższego ciśnienia, do serca prawego, naczyniami wieńcowymi przelewa się krew z opuszki tętnicy głównej, w ilości 1% wagi ciała (1) (jeśli porównać można te stosunki u psa i człowieka) do obiegu płucnego i jest zamknięta w tym kole — opuszka, naczynie wieńcowe, serce prawe, obieg płucny, serce lewe, opuszka — nie biorąc udziału w krążeniu wielkim. Z ogólnej ilości krwi u człowieka, krążącej w minucie (5 litrów), 700 cm³ odbywa krążenie w tym kole w stanie spoczynku ciała. Wielkość wieńcowego krążenia zależy od spadku ciśnienia na drodze od opuszki do serca prawego i od pracy serca. Skurcze komór wstrzymują dopływ z opuszki, ponieważ ugniatają naczynia wśród ich mięśnia biegnące, a równocześnie wyciskają krew żylną w stronę prawego przedsionka. Działają one tłocząco na przepływ krwi wieńcowej, podobnie, jak skurcze mięśnia szkieletowego na przepływ krwi w obiegu dużym. Częstsze skurcze serca przetłaczają w danym czasie więcej krwi wieńcowej, niż skurcze wolniejsze, podczas których więcej krwi idzie na obwód, do narządów pracujących (mięśnie, mózg). Częste ponad pewną miarę tętno serca pogarsza nie tylko tętnicze tłoczenie krwi w dużym obiegu, ale także wciąga krew w większej ilości z opuszki do krążenia płucnego. Obwód ma i przez to gorsze warunki. W tętnie przyśpieszonym jest wzrost ciśnienia w opuszce, a to proporcjonalnie powiększa przelew wieńcowy i sprawę pogarsza. Groźny jest stan, gdy dołączy się rozszerzenie serca, zjawiające się w stanach wyczerpania po nadmiernym wysiłku fizycznym lub w stanach niedotlenienia krwi. Wtedy napięcie włókien mięśnia sercowego maleje, naczynia krwionośne wieńcowe rozszerzają się, bo mniej są uciskane przez zwiotczałe włókna i tracą w braku tlenu swe własne napięcie toniczne, właściwe wszystkim tkankom. Przez takie naczynia

wieńcowe może się przelewać z opuszki tętnicy głównej przez serce do płuc w 1 minucie 45% wydatku komory lewej. Obieg duży jest wtedy małą ilością krwi tętniczej zasilany tak, jak po ciężkim krwotoku. Dodać należy, że żadne serce w takim stanie rzeczy nie jest w stanie podtrzymać ciśnienia tętniczego na poziomie potrzebnym dla krążenia tkankowego, chyba że się stosuje obfite wlewania. Ale i te niewiele pomagają, jeśli się serce nie zmniejszy, jeśli nie zwiększy siły swych skurczów, nie ugniecie naczyń wieńcowych. Na wysokościach ponad 4 km jest takie niedotlenienie krwi, że serce się rozszerza i naczynia krwionośne wiotczeją; występuje zapad narządu krążenia, jeśli się do tych niskich ciśnień tlenowych ustrój nie przystosuje. Po paru tygodniach pobytu można żyć i na większych wysokościach bez masek tlenowych i wykonywać pracę. Serca są stale powiększone na tych wysokościach (wyprawa na M. Everest), po najlżejszym wysiłku mięśniowym tętno się bardzo przyśpiesza, oddychanie jest stale przyśpieszone i pogłębione i istnieje stałe uczucie duszności (2). Na tle spraw wieńcowego krążenia rozumiem niemoc serc niezaprawionych przy próbach podchodzenia na wyniosłości nawet nieznaczne w normalnym choćby tlenowym ciśnieniu atmosferycznym. Trudno mówić o niedostatku tlenowym zwłaszcza wobec bardzo częstych głębokich oddechów, o znużeniu z powodu nadmiernej ilości kwasu mlekowego we krwi, jako o przyczynie tego, trudno o mięśniowym znużeniu, wyczerpaniu zasobów energetycznych narządów, bo pracy dostatecznej się jeszcze nie wykonało. To skierowanie sporych ilości krwi z opuszki poprzez wieńcowe naczynia, zamiast ich wysyłka na obwód, jest jedną z przyczyn niemocy serc niewytrenowanych. Niezwalczona duszność jest następstwem przekrwienia płuc przez ten zwiększony wydatek wieńcowy i przez wzrost pojemności płuc dla krwi, o czym niżej będzie mowa. Stan taki łatwiej wywołać, gdy jest się za ciepło ubranym i naczynia obwodowe rozszerzone. Tak trzeba być w danych warunkach okrytym, by się ani nie pocić ani nie czuć chłodu. O tej prawdzie dowiadywałem się od towarzysza wypraw narciarskich prof. Alexandrowicza. W szybkim tętnie, wywołanym ciepłotą, ruchem ciała, wzrasta ciśnienie w opuszce tętnicy głównej i rośnie wieńcowy przelew do krążenia płucnego, powiększając się w miarę słabnięcia serca, czemu towarzyszy jego rozszerzanie się. Obwód jest niedokrwiony, tak z powodu przemieszczenia pewnych ilości krwi w obieg płucny, jak i złego tętnienia. Choć centralne ciśnienie może być normalne lub wyższe, niż normalne, na obwodzie jest niższe, niż zwykle, i ono już nie wystarcza na pokrycie potrzeb krążenia rozszerzonych ciepłem i pracą naczyń włosowatych. Wzrost wieńcowego krążenia jest zjawiskiem szkodliwym, choć nieuchronnym z powodu anatomicznych stosunków; serce nie wyzyskuje tych wszystkich produktów odżywczych, jakie płyną przezeń z wieńcową krwią. Jest sprawą serca utrzymywać pewien stosunek pomiędzy wydatkiem obiegu dużego i wieńcowego oraz pomiędzy ciśnieniem tętniczym somatycznym i płucnym. Zdrowe, wytrenowane, serce dobrze sobie z tym radzi, niezaprawione, słabe jeszcze tego nie umie, w warunkach przez pracę stwarzanych.

Sprawa w takich warunkach pogarsza się wybitnie, gdy się w dodatku nie umie oddychać. Pewnym jest, że pojemność płuc się zwiększa już przez przejście z pozycji leżącej w siedzącą, stojącą; podczas lekkiej pracy tylko samych rąk (zginanie i prostowanie palców) zwiększa się pojemność klatki człowieka o 560 cm³, a ilość powietrza wdechowego rośnie z 300 np. na 690 cm³, na szczycie zaś normalnego wdechu płuca mieszczą 1250 cm³ powietrza więcej, niż we wdechu, ale w absolutnym spoczynku (Verzár (3)). Oczywiście w pracy cięższej wzrost pojemności jest jeszcze większy. To pogarsza sprawę krążenia wielkiego, bo w pojemniejszych płucach mieści się więcej krwi i stan równowagi pomiędzy krążeniem płucnym i wielkim (wieńcowe tu na uboczu pozostawiamy) przesuwa się na korzyść płucnego tak, że więcej w nim się krwi mieści, niż w krążeniu wielkim. Wydech, pomniejszając płuca, wyciska z nich krew i pod jego koniec więcej krwi uchodzi do obiegu wielkiego, o czym świadczy wzrost ciśnienia tętniczego i wzrost wydatku tętnicy głównej. Od głębokości wydechu zależy przywracanie równowagi w obu tych obszarach krążeniowych, naruszanej w rytmicznym czy długotrwałym wzroście pojemności klatki piersiowej. Wzrost pojemności płuc jest natury nerwowej, odruchowej. Samo zamierzenie podjęcia wysiłku rozszerza klatkę przez wzrost napięcia mięśni wdechowych i przez zwiotczenie mięśni gładkich nie tylko oskrzeli, ale i głębszych dróg oddechowych. Dzienne zmiany wielkości klatki można wyczuwać, zwłaszcza jej nawrót do wielkości spoczynkowej. Po powrocie do schroniska i usadowieniu się, klatka wyczuwalnie się pomniejsza, po ułożeniu się odczuwa się zapad klatki o pewien stopień. Z chwilą zasypiania pomniejsza się ona jeszcze po raz ostatni w dziennym cyklu, a z chwilą powrotu świadomości i pracy znów się powiększa. Takie są dzienne długie oscylacje wielkości płuc, na których się odbywają oscylacje krótkie, oddechowe.

Oddychanie, prócz wymiany gazów, ma bardzo wielkie znaczenie dla krążenia krwi. Wdech obniża ujemne śródpiersiowe ciśnienie, przez to spadek ciśnienia żylnego wzrasta i polepsza się dopływ do serca prawego, który potęguje się też i przez wyciskanie krwi żylnej z jamy brzusznej (wzrost wdechowy ciśnienia w jamie brzusznej). Wydech głęboki nie tylko wytłacza skutecznie krew z płuc do lewego serca i dużego obiegu, ale stwarza warunki dla głębszego wdechu. Zmiany śródpiersiowego ciśnienia i wielkości płuc działają ssąco-tłocząco na obieg krwi. We wdechu krew żylna jest ssana. U psa wdechy normalne wciągają w minucie około 150 cm³ krwi żylnej tj. 20% obiegu dużego (4). Wydatek serca ludzkiego we wdechu jest większy o 50 cm³, niż wydatek w wydechu. Ruchy klatki są czynnikiem ważnym w krążeniu, czynnikiem drugim po sercu. Wdechowe (aspiracyjne) przyśpieszenia ruchu widoczne są nawet w małych żyłach (na nodze), rosną one w stronę serca, są też i w żylnej stronie krążenia płucnego. Po stronie tętniczej jest natomiast przyśpieszenie wydechowe, wskutek wyciskania krwi z zapadających się płuc, a sięga ono aż do tętnic 0,3—0,2 mm średnicy. Siły oddechowe działające na krążenie sięgają więc na daleki obwód. W spoczynku spadek ciśnienia żylnego utrzymywany przez lewą komorę zapewnia sercu prawemu dostateczny dopływ żylny. Ale w pracy, gdy wyrzut komory lewej zwiększa się 2, 3 a nawet 4-krotnie, aspirowanie krwi żylnej przez głębokie wdechy jest konieczne, aby zapewnić dopływ, tym samym umożliwić sercu tłoczenie tak dużych ilości krwi. Jedną z tajemnic sprawności fizycznej jest umiejętność oddychania, do czego dochodzi się podświadomie i świadomie, przez pamiętanie o głębokim wydychaniu. Jest szczególnie charakterystyczne, że niemoc, zjawiająca się bez faktycznie dużej pracy mięśniowej i w dobrych tlenowych warunkach, ustępuje z chwilą uregulowania i pogłębienia chaotycznego oddechu. Te rady dawane mi były przez towarzysza wypraw narciarskich prof. Szczudłowskiego. Słuchałem z początku na kredyt, potem zrozumiałem i uwierzyłem.

Każde pogorszenie się oddychania dotyka natychmiast krążenia. Prócz przyczyn patologicznych (zrosty opłucno-osierdziowe, zrosty przepony z klatką, skrzywienia kręgosłupa, itp.), zjawiających się sporadycznie wśród ludzi, istnieje u wszystkich fizjologiczne usposobienie do niewłaściwego oddychania, potęgujące się z wiekiem (5). Z wiekiem klatka piersiowa rozszerza się i sztywnieje. Wdech odbywa się przez silne mięśnie wdechowe i ciśnienie atmosfery, wydech przez elastyczne siły płuc, siły kostnej ściany klatki i międzyżebrowe mięśnie wewnętrzne, które biernie działają przez swą elastyczność i są słabsze od wdechowych zewnętrznych. Łatwiejszy jest wdech, niż wydech, zdany na bierne siły klatki i słabe, rzadko używane, mięśnie wydechowe. Wydechy czynne nasilone, łatwo nużą człowieka do płytkiego oddechu przywykłego. Skłonność do przewagi wdechu nad wydechem potęguje się w pracy, w której trzeba ustalać klatkę piersiową i łopatki; ustalanie odbywa się w ustawieniu wdechowym. Nawet w nieznacznej pracy wstrzymuje się oddech we wdechu. Wpływy psychiczne też dają przewagę wdechowi, W strachu, oczekiwaniu, zdziwieniu, uwadze wstrzymywany jest oddech w fazie wdechowej. Wpływy te sprowadzają z czasem *volumen pulmonum auctum*, z następstwami dla wymiany gazów, jak i dla krążenia krwi.

Dalszym ważnym czynnikiem przyśpieszającym trwałe powiększenie płuc, jest niewłaściwe używanie oddechowego narządu w ćwiczeniach cielesnych, chęć posiadania wysklepionej, bohaterskiej piersi. Łatwo to osiągnąć, ale trudniej nawrócić z tego stanu. Bo przecie tak w sprawie wymiany gazowej, jak krążeniowej chodzi tylko o amplitudę ruchów, o skuteczne wydalenie i pobranie dużych ilości powietrza i o silną aspirację krwi żylnej i jej wydalenie z płuc do obiegu wielkiego. Miech mniejszy o dużej amplitudzie ruchów lepiej spełnia zadanie niż duży z ograniczoną ruchomością. Prof. Wenckebach, który tej sprawie uwagę poświęca, podaje, że inspiracyjne ustawienie klatki piersiowej uniemożliwia w ogóle pracę oficerom w wieku 45—48 lat. Krótki oddech, bicie serca, nawet w spoczynku, zawroty głowy, sinica kończyn, to obraz spotykany u ludzi z nadmiernie rozdętą klatką. Rozdęciu sprzyjają nieżyty oskrzeli, zwłaszcza kaszel, skurcz oskrzeli. W tym stanie płuc przepona jest spłaszczona, jej brzeżne włókna nie podnoszą już dolnych żeber, ale je wciągają i ugniatają płuca we wdechu. Otłuszczenie ciała jest też szkodliwe, bo przemieszcza przeponę w górę i zmniejsza pojemność klatki.

Leczenie i zapobieganie tym stanom polega na systematycznym ćwiczeniu wydechu, u młodych trzeba ćwiczyć wydech i przeciwdziałać naturalnemu i sztucznemu wzrostowi wdecho-

wego ustawienia klatki. Ćwiczeniem wydechu mógł Wenckebach przywrócić sprawność kilku sportowcom młodym, którzy tylko skutkiem rozdęcia klatki utracili zdolność fizyczną. Pamiętać trzeba o wydechu w pracy rąk, przy wchodzeniu na wysokości, tak w marszu, jak i biegu. Trzeba harmonizować oddech z ruchem, jak to czynią dobrze biegające zwierzęta (psy, konie itd.).

Wydechu trzeba się uczyć, wolą wywoływać czynność ośrodków rdzeniowych mięśni międzyżebrowych wewnętrznych, w zwykłym oddychaniu nieczynnych, pobudzać ośrodki mięśni brzusznych też zwykle w wydechu nieczynnych, a przez ich skurcz podnosić wysoko przeponę i stwarzać pomyślne warunki dla nastąpić mającego wdechu. Z czasem staje się to zwyczajem i głębokość wydechu stosuje się podświadomie do natężenia pracy. Głębokim i rzadkim oddechem pokrywa się potrzeby tlenowe, polepsza się krążenie, oszczędza się bardzo wiele pracy, bo choć wysiłek mięśni w poszczególnych głębokich oddechach jest większy niż w płytkich, to w sumie w pracy dłuższej mniej się energii zużywa w oddychaniu rzadkim. Dzienna praca mięśni oddechowych człowieka w spoczynku wynosi, obliczona ze zużycia tlenu, 37000 kg/m.

Oddychanie ma nieprzeciętny wpływ odruchowy na tętno serca. Ośrodek nerwów błędnych serca podlega wpływom z płuc. Rozszerzanie się ich we wdechu obniża napięcie nerwów błędnych, a tętno przez przewagę nerwów współczulnych przyśpiesza się. Zapadanie się płuc zwiększa napięcie nerwów błędnych i tętno się zwalnia. Częste oddechy przyśpieszają serce tak, jak gdyby napięcie nerwów błędnych zupełnie znikało a serce było tylko pod wpływem sympatycznym. Amplituda przewietrzania płuc reguluje tętno nie tylko przez dopływ żylny, ale i przez czuciowe włókna tkanki płucnej biegnące w nerwach błędnych. Takie więc rozległe wpływy mają oddechy na krążenie.

Narząd oddechowy ma, sądzę, zasadnicze znaczenie w tzw. zaziębieniach, grypach, nieżytach itp. Błona śluzowa przewodu oddechowego zmienia swą czynność wydzielniczą pod wpływem bodźców bezpośrednich (ciepło, zimno, pary i stałe ciała chemiczne) i pośrednich, działających na ośrodki wydzielnicze oraz na czuciową powierzchnię ciała. Odruchy wydzielnicze narządu oddechowego z powierzchni ciała są fizjologiczne, mają większe lub mniejsze nasilenie, i są ważne dla spraw zakaźnych, powstających w narządzie oddechowym i w narządach innych. Mało się o nich mówi, może nawet wcale nic. Dośrodkową część łuku odruchowego stanowią nerwy czuciowe skóry (czucie ciepłoty), których zakończenia są wrażliwe tylko na zmiany ciepłoty. Obojętne jest im, czy ciepłota rośnie z 37° na 38° czy z 15° na 16°, obojętne czy się obniża z 38° na 37° albo z 15° na 14°; są one drażnione w każdej zmianie ciepłoty skóry. Wrażliwość ich jest różna w różnych połaciach skóry. Stale nieosłonięte miejsca (twarz, ręce) są mało wrażliwe, osłonięte (grzbiet, boki ciała, u niektórych stopy) są bardzo wrażliwe. Podrażnienie nerwów czucia ciepłoty wywołuje obfitsze wydzielanie błon śluzowych nosa, gardła, tchawicy, oskrzeli, obrzęk muszli nosowych. Można się równie dobrze zaziębić, wchodząc do gorącej kąpieli, jak i do zimnej. Wiadomo, że łatwo powstaje zaziębienie po opuszczeniu przegrzanej atmosfery. Spocone miejsca skóry są szczególnie wrażliwe, bo szybko tracą ciepło przez przewodzenie i parowanie. W pokrytym nadmierną wydzieliną przewodzie gorsze jest oczyszczanie ruchem migawkowym, pogarszają się warunki fagocytozy (ciałek białych, histiocytów) a polepszają się warunki dla rozwoju bakterii. Odruch wydzielniczy jest szybki. Po kilkunastu -dziesięciu sekundach ma się nos założony i dalsze odcinki oddechowe, czasem zmianę zaczyna się odczuwać dopiero po paru minutach.

Odruch powstaje przy świadomym odczuciu zimna, z dreszczem, mrowieniem. Raz wywołany, usprawnia dany szlak i następne są znacznie łatwiejsze. Pamięć pierwszej podniety tkwi jakiś czas w nerwowych zakończeniach, nerwach, ośrodkach i narządach wykonawczych. Wiadomo, że wszelkie tkanki po pierwszej skutecznej podniecie nabierają wrażliwości na jakiś czas, a wtedy także słabe podniety wywołują odruch. Odruchowe podtrzymywanie wydzielania w przewodzie oddechowym musi wieść z czasem do zakażenia, gorączki i innych następstw. Odruch na łuku przewodu oddechowego nie bywa odosobniony, ale się może szerzyć także na inne czucia.

Wrażenie bólu mięśni, łamania w kościach, niedyspozycja ogólna, to stany czuciowe po silnej podniecie skórnego odruchu cieplnego. Szerzenie się odruchu może być w rdzeniu lub w korze mózgowej, która u człowieka opanowała wszelkie sprawy, dotyczące ciała. Stany czuciowe w ośrodkach mogą się szerzyć także na inne ośrodki, np. naczynioruchowe, odżywne. Na tle zasłanym wydzieliną, w narządzie oddechowym — swobodnie ze światem komunikującym, rozwijają się sprawy drobnoustrojowe, egzo- i endotoksyny są wchłaniane, zjawia się gorączka. Gdy zmiany ciepłoty odbywają się powolnie, gdy szybkość wzrostu natężenia podniet jest powolna, nie odczuwa się podrażnienia czucia i nie ma zaziębiania się, nieżytów itd. Nie ma ich też, gdy ciepłota szybko opada, ale nerwy czuciowe są przytępione. Zamarznięci w alkoholowym zamroczeniu, po odratowaniu, nie cierpią na nieżyty i zapalenia płuc. Ani człowiek marznący w pełni władz nerwowych nie zapada na katar ani na kataralne stany płuc, bo choć są silne podrażnienia ze skóry, brakuje odruchu wydzielniczego, gdyż naczynia błon śluzowych są zwężone z powodu zimna.

Istnieje przypuszczenie, że zimno wywołuje zmianę stanu koloidalnego krwi i to jest przyczyną zaziębień i ich następstw. Na górze Howerli w pewien lutowy pogodny dzień, przy 10° zimna przy schronisku, był huragan, który wyziębił uczestników wycieczki do porażennego prawie stanu w przeciągu kilkudziesięciu minut. Herbata niesiona na piersi pod koszulą w manierce obszytej suknem zamarzła. Ciepłota naszych skór musiała być bardzo niska; palce zgrabiałe, ciała leniwie się poruszające, zmysły trochę przytępione, niezdarność osobliwa przy zjeździe w dół, chęć spoczynku. Krew nasza, płynąca przez lodowo zimne skóry, poważnie musiała się oziębić i wnętrze naszych ciał ciepłotę musiało poważnie obniżyć. Około ośmiu uczestników wycieczki powróciło z odmrożeniami twarzy i rąk (ci, którzy weszli na szczyt znużeni uprzednio dokonanym 25 km marszem i trudnościami terenu), ale żaden z dwudziestu nie dostał kataru, ani nie nabawił się zakażenia. Wewnętrzny chłód, mimo bolesnego zimna na skórach, nie wywołał wydzielniczych odruchów. To zimno działało krótko, na kilkadziesiąt metrów łatwego podejścia na szczyt, na przełęczy między Howerlą a Breskułem. Bez szkody dla zdrowia (poza odmrożeniami) znosi się takie warunki.

Innym razem, błądząc wśród mgieł w Czarnohorze, zamroziłem sobie całą jamę ustną śniegiem zjadanym garściami dla zaspokojenia pragnienia. Kęsa chleba przełknąć nie mogłem z braku czucia w wargach, policzkach, języku, gardle i podniebieniu. Herbata i godzina wypoczynku w gościnnym schronisku pod Popem Iwanem, przywróciły siły i dobre samopoczucie bez śladu jakiegokolwiek nieżytu po ciężkim przejściu. Wątpię, bym nie miał wówczas różnych chorobotwórczych drobnoustrojów w nosie i ustach, choćby dlatego, że na wycieczkę wyszedłem z przepełnionego ludźmi schroniska na Zaroślaku. To brak odruchu wydzielniczego oziębionych błon śluzowych podczas drogi i ciepło w schronisku po odbyciu drogi, uchroniło mnie przed nieżytem i w ogóle zakażeniem.

Że tzw. „zaziębienia" nie są faktycznie zaziębieniami, dowodzą choćby fakty podawane przez ludzi lawinami zasypanych i przywróconych do życia. Zarządca schroniska pod Popem, w wojnie światowej na włoskim froncie zasypany lawiną, przeleżał w śniegu bez przytomności 17 godzin. Obudził się w szpitalu w stanie pełnego zdrowia bez śladu „zaziębienia". Na tymże froncie pewien Czech zasypany wraz z koniem, po 6 dniach odkopany, odzyskawszy przytomność w szpitalu, wyrzekł te pierwsze słowa: „alem się wyspał". Konia jego znaleziono martwym. Niedawno w Tatrach wykopano z lawiny narciarza po 36 godzinach; popił sobie herbaty w schronisku i poszedł w swą dalszą drogę, uradowany przygodą. Był bowiem nowicjuszem i nie zdawał sobie sprawy z grozy położenia. G. Scott, nocując z prof. Lenkiewiczem przymusowo na grani Czarnohory ubrany w wiatrówkę, w 15° mrozie wyleczył się z ciężkiego zapalenia gardła, opornego wobec leczniczych środków. Tych parę przeżyć własnych i znanych z wiarogodnych opowiadań, napawa mnie pewnością, że zaziębienia są odruchami, że nie zaziębia się człowiek, jeśli jest brak dostatecznej wrażliwości w jakiejś części tego odruchowego łuku, że odruchowi wydzielniczemu towarzyszy stan świadomości pełnej lub częściowej.

Natomiast niebezpieczne są chwile, gdy ciało rozgrzane drogą zaczyna stygnąć w schronisku. Łatwo powstają odruchy cieplne, w skórze rozgrzanej. Nie waham się wtedy poszukać grzbietem ciepłego pieca, aby uniknąć dreszczu i poczucia zimna, które zawsze sprowadza u mnie nieżyt w kilku sekundach. Różne są środki chroniące od nieżytu: gorące napoje, pokarmy, herbata z łyżeczką rumu, który, rozszerzając naczynia krwionośne obwodowe, sprowadza poczucie miłego ciepła. Zdrowie pewne, gdy się do odruchu wydzielniczego nie dopuści. Dbać trzeba o ciepłe samopoczucie i robić wszystko, aby ono istniało. Realna ciepłota skóry jest dla tych spraw dość obojętna. Po paru latach obserwacji wiem, kiedy nabawię się kataru z charakterystycznym odczuwaniem w krzyżach i mięśniach. Zakażenia tak szybko zjawiać się nie mogą; jesteśmy w przewodach oddechowych doskonale zakażeni, ale mimo to zdrowi, jak długo walka ochron-

na ustroju z jego przewagą bez przerwy się toczy. Przewaga przesuwa się na stronę drobnoustrojów, gdy przewód pokryje się odruchowo wydzieliną i gdy wydzielanie to jest podtrzymywane przez odruchy skórne o zwiększającej się coraz bardziej wrażliwości.

Bardzo wyraźnie widać wpływ odruchu wydzielniczego skórnego w chorobach narządu oddechowego ze stanem podgorączkowym, gdy jest skłonność do potów. Wyciągnięcie ręki spod okrycia wywołuje prawie natychmiastowy kaszel, gdy wydzielina odruchowa dotknie miejsc, z których odruch kaszlu szczególnie łatwo powstaje (krtań, tchawica). Może losy gruźlików byłyby lżejsze, gdyby nie kaszel wywoływany skórnymi odruchami, wyniszczający ostatecznie organizm, o czym wiadomo każdemu, ktokolwiek ataki kaszlu przeżywał. Nieżyt krtani, spowodowany zimną śmietaną na Hali Gąsienicowej, pielęgnowałem długo jeszcze po powrocie z wycieczki celem śledzenia przebiegu schorzenia. Napady kaszlu poprzedzane były odczuciem obniżania się ciepłoty na skórze grzbietu, boków ciała albo szyi. Ustawał kaszel po osłonięciu szyi, pod suchym ciepłym kompresem. Czy taki zabieg na małej powierzchni ciała mógł podnieść ciepłotę ciała, mógł wpłynąć na zmianę stanu koloidalnego osocza, zwiększyć obronne siły ustroju? Trudno mi w to uwierzyć. Ochrona czuciowych zakończeń skóry przed nagłymi zmianami jej ciepłoty, niekiedy niedostrzegalnymi a skutecznymi dla odruchu, usuwa napady kaszlu, sprowadza wyzdrowienie. Odwiecznie stosowane w takich stanach lekkich i ciężkich (zapalenia płuc) zawijania, okłady, wcierania, kąpiele, itp. są skuteczne dlatego, że albo niszczą odruchy wydzielnicze skórne, znieczulając ją na małe zmiany ciepłoty, albo chronią ją od styczności ze zmiennym ciepłem środowiska zewnętrznego. Trudno przypuścić, aby owinięcie szyi, np. kawałkiem szmatki, miało zwiększać odporność ustroju, koloidalny czy inny stan krwi. A przecie te szmatki ulgę przynoszą. Owinięcie gardła szalem chroni go od zapalenia, nie dzięki zmniejszonej utracie ciepła z parucentymetrowego kawałka skóry, ale dzięki brakowi warunków dla powstania odruchu zaczynającego swój łuk w tej części skóry a kończącego w błonie śluzowej gardła. Można odruchy zmniejszyć i od strony błon śluzowych przez stosowne maści, wziewania. Odruchy niepowtarzane słabną z czasem, jak wszelkie inne odruchy naszego ciała, świadome i podświadome.

Zwalczanie potów u gruźlików ma takie lecznicze znaczenie, że zmniejsza skórną wrażliwość odruchową, bo skóra sucha traci powolniej ciepło. Skórne odruchy wydzielnicze przewodu oddechowego są ważnym etapem do zakażenia tego narządu. Gruźlica dziecięca na ich tle znajduje pomyślne warunki rozwoju, zwłaszcza, że dzieci same nie poświęcają wiele uwagi sprawom odczuwania słabych bodźców skórnych. W arsenał środków zwalczających gruźlicę dziecięcą trzeba włączyć odzież i buty. Zapewnienie jeszcze zdrowym ciepła i pożywienia tam, gdzie tego brak, jest prostszą drogą do zwalczenia gruźlicy jako społecznej klęski, niż leczenie odmą, szczepieniem, niż odosabnianie chorych. Odejdą jedni do sanatoriów, lecznic, przyjdą na ich miejsce drudzy, ze środowisk zziębniętych i głodnych.

Mówi się spoza katedry, że gruźlica usadawia się najchętniej w szczytach płuc dlatego, że szczyty są gorzej przewietrzane, gorszy mają skład powietrza. Z drugiej strony ftizjologowie twierdzą, że odma ma lecznicze działanie na procesy gruźlicze. A przecie płuco uciśnięte ma najgorszy skład powietrza. Mogę te sprzeczności pogodzić na tle hipotezy odruchowej. Odma leczy, bo niweczy odśrodkową część łuku odruchowego; płuco uciśnięte, nieczynne, traci warunki do odruchowego wydzielania. Szczyty płuc łatwiej się zakażają, bo leżą na szczególnie wrażliwym łuku odruchowym biegnącym ze skóry górnej części klatki piersiowej. Leczniczego znaczenia werandowania nie mogę zrozumieć inaczej, niż jako procesu uodparniania, hartowania skóry na zmiany ciepłoty. Wiosny i jesienie wilgotne są fatalne dla gruźlików, bo wilgotne powietrze, pocenie się i ochładzanie skóry pośród trudności doboru odzieży i opalania mieszkań, w tych porach roku o bardzo zmiennej ciepłocie, sprzyjają odruchom, które proces zaostrzają.

Odruchy skórne z innych miejsc skóry mogą wywoływać inne schorzenia. Z przegrzanej i spoconej skóry krzyżów, owianej chłodniejszym powietrzem powstaje po kilku minutach odruch, kończący się schorzeniem nerwu kulszowego lub okolicznych mięśni. Trudno mi jest zrozumieć zakaźne tło tych schorzeń rozwijających się prawie w oczach. Staje mi się natomiast zrozumiałym powstawanie ich na tle odruchu skórnego, który wywołuje zmianę w ukrwieniu nerwu czy mięśni i przez to zmienia przemianę materii. Ciepło suche, stosowane przez kilka dni po pierwszym takim odruchu, łagodzi znakomicie ból i leczy w ostrości sprawę. Nawroty tego schorzenia odbywają się bardzo łatwo; słabo odczuwane oziębienie tej połaci skóry wywołuje znowu ból w krótkim czasie, a ciepło rychło go usuwa. Czas tych odruchów wyklucza powstawanie i znikanie tych schorzeń na tle zakaźnym. To są sprawy fizjologiczne, szybkie, odruchowe. W przewlekle podsycanym stanie chorobowym mogą oczywiście z czasem osadzić się tam zarazki i mogą rozwinąć działanie.

Także sprawy gośćcowe, druga społeczna klęska w krajach wilgotnych strefy umiarkowanej, powstają najpierw na drodze tych krótkich odruchów ze skóry, sprawy zakaźne zaś są dalszym ich tylko następstwem.

Znane są zaburzenia przewodu pokarmowego na tle „zaziębienia".

Na inne narządy i czynności wegetatywne ustroju te odruchy również mają wpływ. Podlegają im sprawy przemiany materii wraz z produkcją ciepła, sprawy wydzielnicze, krążeniowe, dotyczące serca i naczyń krwionośnych, podlega im narząd oddechowy a nawet układ nerwowy korowy, podkorowy i rdzeniowy. Odruchy skórne mogą też wywołać kilkugodzinny stan podgorączkowy przez działanie na ośrodek cieplny. Wpływ odruchów skórnych na życie wegetatywne uchodzi uwagi, bo te odruchy nie są tak jaskrawe ani określone, ani tak szybkie, jak odruchy animalne, ale powolne o słabo odczuwanym natężeniu. Stan ustroju, zwany „odpornością", w niemałej mierze zależy też od odruchowości skórnej. Brak jej jeszcze fizjologicznej analizy. Wszakże to bardzo niedawno, jak A d r i a n w Cambridge zaczął skubać włókna nerwowe żaby, oscylografem notować czynnościowe stany dośrodkowych włókien, badać wpływ dotykania, napinania skóry czy mięśnia; to bardzo niedawno, jak w ogóle zaczął badać fizjologiczną podstawę czucia. Niewiele też lat upłynęło od czasu, jak M a g n u s w Utrechcie zbadał wpływ czucia skórnego na odruchy mięśniowe służące do zachowania równowagi ciała w ruchu i spoczynku; jak wykazał on i S h e r r i n g t o n, że i byle jaka podnieta skórna przestawia łuki odruchowe na inne miejsca, hamuje czynności dużych połaci systemu nerwowego i stwarza nieoczekiwane odczyny. Działanie odruchów skórnych na życie i czynność narządów wegetatywnych jeszcze nie jest zanalizowane oscylografem, termometrem itp., ale życie codzienne, przeżycia rozważone pod tym kątem widzenia, dowodzą, że jest ono niemniej potężne, jak w naszych sprawach animalnych.

Omawiając sprawę szerzenia się duru brzusznego, pyta prof. K o s t r z e w s k i i Dr B i l e k (P. G. L. Nr 31. 1936), dlaczego dur brzuszny wybiera sobie pewne zespoły osób, a nie szerzy się bezładnie wśród chorych i pracowników? Może to wegetatywne odruchy ze skóry dotykające pokarmowego przewodu wprost lub przez narząd nerwowy stwarzają dyspozycję do rozwoju zakażenia? Może spośród pracowników ulegli zakażeniu ci, którzy byli przepracowani, niewyspani, okolicznościowo niedożywieni wśród walki z epidemią?

Myśli o skórnych odruchach nasunęły mi zrozumienie sprawy „hartowania" ciała. Polega ono na stępieniu cieplnej wrażliwości skóry przez zmywania, kąpiele wodne i powietrzne, słoneczne, w następstwie czego zakończenia nerwowe stają się trudniej pobudliwe albo może naskórek grubieje lub jakieś inne zmiany zachodzą. Zahartowana skóra jest mniej wrażliwa na zmiany ciepłoty i to jest przyczyną odporności organizmu na nieżyty, grypę itp. Jakże inaczej tłumaczyć odporność na katary, grypę, gruźlicę, ludzi biorących chłodną poranną kąpiel. Że jest to odruch nerwowy, a nie rzeczywiste obniżenie ciepłoty krwi lub narządów, dowodzi fakt, że ludzie otyli, z obfitym tłuszczem podskórnym, mimo, że przed utratą ciepła są chronieni w sposób naturalny, zapadają także na nieżyty, jeśli ich spoconą skórę chłód owieje. Nie tracą ciepła tak, jak szczupłe osoby, a przecież oddziaływują tak samo. W hartowaniu fizycznym młodego pokolenia nie trzeba zmuszać do działań, do których chwilowo jest ktoś nieusposobiony (do kąpieli, obnażania skóry itp.). Rwy kulszowe, grypy, odnowy starych schorzeń są następstwem przymusu. Trzeba wprzód psychikę nastawić; świadomość, wola, stępia wiele odruchów, jak wiadomo. Hartować skórę trzeba w sposób nie przykro odczuwany. Bezwzględność, brutalność wychowawcy fizycznego przynosi więcej szkody zdrowiu młodzieży, niż pożytku. Wychowawcą powinien być człowiek nie tylko „fachowy", ale i dobry.

Bez wiary stawałem na nartach, namówiony przez kolegów. Dziś turystyce zimowej i letniej zawdzięczam wiele najmilszych przeżyć. Dziedzina psychiki wzbogaciła się wieloma wrażeniami i pojęciami. Wiele nowych umiejętności powstało, wzmogła się odporność psychiczna i decyzja. Chodziłem po górach z człowiekiem, będącym w swym zwykłym trybie życia na „diecie" z powodu dolegliwości dwunastnicy. W pierwszym dniu wycieczki o tym jeszcze pamiętał, potem żywił się tym, co było pod ręką i chadzał w doskonałym zdrowiu. Bezmiernie liczne wraże-

nia wzrokowe, słuchowe, skórne, ze skóry mimo odzienia powietrzem owiewanej, słońcem przypalanej albo deszczem moczonej i wiatrem ziębionej — potężnie na system nerwowy dodatnio działają. Po własnych przeżyciach, wierzę, że turystyka i sport racjonalnie uprawiane, muszą mieć wielkie znaczenie (może zasadnicze) w budowaniu charakteru odradzającego się Narodu.

Korzystając ze sposobności, pragnę się podzielić sprawą, nie mającą bezpośredniego związku z dotychczas omawianymi zagadnieniami, mianowicie znaczeniem nastroju psychicznego podczas posiłków. Stałe irytacje przy stole jadalnym wiodą do czynnościowych schorzeń żołądka. Choć ruchliwość żołądka, wydzielanie i skład soku są prawidłowe w badaniu klinicznym, jest stały brak łaknienia, wielkie osłabienie, niechęć do pracy, bladość skóry i uczucie gniecenia nawet po najlżejszym posiłku. Język jest obłożony czarnym grubym nalotem. Zmiana miejsca pobytu, inne silne a miłe wrażenia, zapomnienie o trosce codziennej w kilku dniach wybitnie polepszają stan zdrowia. Trzeba, aby wyniki doświadczeń P a w ł o w a i C a n n o n a głęboko przeniknęły w codzienne życie ludzkie, aby się stało szanowanym zwyczajem hasło: nie jedz, gdy jesteś w stanie irytacji i drugich nie irytuj podczas jedzenia. Brak psychicznego i nerwowego wydzielania w początkach jedzenia sprowadza ten opisany stan. Chemiczne wydzielanie bez dwóch uprzednich, każe długo czekać pokarmom w żołądku. Irytacja w tym trzecim okresie jest mniej szkodliwa, czy to, że się jest więcej optymistycznie nastrojonym, czy to, że przyczyny irytacji — same najedzone — tracą swe ostrze. Pamięć o spokoju przy jedzeniu, zalecanie siadania do stołu w psychicznej równowadze, wdrażane przez lekarzy szerokim warstwom, oszczędzi wiele zdrowia, ochroni od czynnościowych zaburzeń, nieżytów, wrzodów przewodu pokarmowego itp.

Fizyczna sprawność w dużej mierze zależy od stanu pokarmowego przewodu. Uczucie głodu lub pragnienia zjawiające się w marszu w krótki czas po śniadaniu, kiedy trawienie jelitowe jest w pełnym toku, powoduje nagłe osłabienie (pospolicie zwane „puchnięciem"). Kubek gorącej herbaty lub zjedzenie jabłka albo odrobiny innego pożywienia, prawie natychmiast przywraca siły na dalsze szeregi godzin marszu. Czy to jest sprawa braku energetycznych materiałów czy braku wody w ustroju? Ni jedno ni drugie, jeno sprawa odruchu żołądkowego i działanie ujemne na narządy ruchu poprzez narząd nerwowy. Cząstka pomarańczy, kilkadziesiąt gramów smacznego płynu usuwają ten odruch żołądkowy i siły przywracają, choć skąpe są ilości energii w nich zawarte. Zadowolenie smaku i brak żołądkowych odruchów wzmagają tężyznę fizyczną. Dowodzi tego dobre samopoczucie po smacznym pokarmie, napoju. Pokarm choćby idealnie dobrany pod względem składu, jest złym pokarmem, o ile nie zaspakaja smaku. I trzeba o tym pamiętać i o to dbać. Od tego zależy psychiczny i fizyczny nastrój ciała.

Jako lekarz, który na własnej skórze przeżył „blaski i nędze" sportowe, tymi myślami dzieliłem się z kolegami na kursie lekarzy sportowych we Lwowie.

Piśmiennictwo:

1) K l i s i e c k i i F l e k: Pol. Gaz. Lek. Nr 15 i 16. 1936. — 2) G r e e n e: J. Physiol. 82, 481, 1934. — 3) V e r z á r: Arch. ges. Physiol. 232, 322, 1933. — 4) F l e k: Rozpr. Biol. XI. 1933. — 5) W e n c k e b a c h: Verh. Ges. Kreislforsch. 1935.

PRACE ORYGINALNE.

Dr B. OSIEK. Kraków.

O wiądzie rdzenia u dziecka.

Z Oddziału Chorób Dzieci Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Dr Jan K. G o ł ą b.

Wiąd rdzenia u dziecka stanowi wielką rzadkość kliniczną. Każdy więc przypadek tego cierpienia w wieku dziecięcym zasługuje na dokładny i wszechstronny opis. Domagają się tego zgodnie wszyscy autorzy zajmujący się wiądem rdzenia u dziecka. Tylko bowiem wielka liczba statystyczna pozwoliłaby gruntownie poznać tę jednostkę chorobową.

Szczególnie ubogie w prace o wiądzie dziecięcym jest piśmiennictwo polskie. Przy skrupulatnych poszukiwaniach natrafia się zaledwie na dwie. Jedna D y d y ń s k i e g o z roku 1899, druga M i c h a ł o w s k i e g o z roku 1932. Bogatsze jest piśmiennictwo zagraniczne, przy czym pierwsze miejsce zajmują autorzy krajów łacińskich.

Bardzo wielu doświadczonych neurologów w ogóle tej postaci chorobowej nie widziało. Stosunkowo do niedawna zaprzeczano z wielu stron możliwości pojawiania się wiądu u dziecka. Dopiero sekcja wykonana w roku 1910 przez M a l l i n g a w przypadku klinicznie, a co ważniejsze anatomo-patologicznie zupełnie czystym i niedwuznacznym, udowodniła ponad wszelką wątpliwość rzeczywistość istnienia tego cierpienia u młodzieży.

Już z samych przesłanek teoretycznych wynika jasno, że wiąd dziecka nie może stanowić częstego schorzenia. Raczej niezmiernie rzadkie. Dzieci rodziców kiłowych — to osobniki mało odporne, znaczna ich część ginie wcześnie na choroby przygodne. Duży odsetek rodzi się martwych. Pozostaje więc znikoma garstka osobników, u których wiąd mógłby się rozwinąć. A jeśli tu przytoczyć dane M a t t h e s a, że tylko 10% zakażonych kiłą zapada na wiąd, to oczywistą jest rzeczą, że *tabes dorsalis* na tle kiły wrodzonej musi być rzadkim zjawiskiem w klinice schorzeń dziecięcych. Kiła nabyta ma u dzieci znikome znaczenie.

W roku 1933 przyjęto na Oddział Chorób Dzieci Szpitala św. Łazarza w Krakowie dziewczynkę S. A., lat 12, z rozpoznaniem *lues congenita* — dla przeprowadzenia leczenia przeciwkiłowego. Schorzenie odkryła przypadkowo lekarka w Ubezpieczalni Społecznej. Ojciec podaje, że jest zdrowy. Matka leczyła się w 18 roku życia na kiłę. Rodziła 3 razy. Nie roniła. Porody czasowe. Badanie krwi u dwojga pozostałych rodzeństwa ujemne.

S. A. chowała się dobrze. Jedynie w pierwszym roku życia leczyła się z powodu przeczosów warg. Po zastosowaniu maści sprawa wygoiła się. Nigdy nie skarżyła się na żadne dolegliwości brzuszne, ani pęcherzowe. Chodzić zaczęła po roku i aż do ostatnich czasów chód nie wykazuje żadnych zaburzeń. Odchyleń od normy w zakresie czucia wywiady nie wykazują. Uczy się miernie. Zachowuje się poprawnie.

U chorej stwierdza się blizny Parrota, zęby Hutchinsona, zanik wyrostka mieczykowatego mostka, brak oddziaływania na światło, nierówność źrenic oraz nieznaczny oczopląs.

Badanie okulistyczne (Doc. Dr B r u d z e w s k i) wykazuje: plamy rogówkowe po rozlanym miąższowym zapaleniu naczyniówki na tle kiły wrodzonej, zanik nerwów wzrokowych, oczopląs i w związku z powyższym znaczne upośledzenie ostrości wzroku.

Badanie zaś neurologiczne (Prof. Dr A r t w i ń s k i): chód prawidłowy, nerwy czaszkowe bez zmian. Odruchy brzuszne słabe. Kolanowe zniesione (może ślad lewego obecny), odruchy ze ścięgna Achillesa zniesione. Próba pięto-kolanowa bez niezborności. Romberg ujemny. Czucie zachowane. Rozpoznanie: *Tabes iuvenilis.*

Odczyny serologiczne z krwią i płynem mózgowo-rdzeniowym silnie dodatnie.

Obraz powyższy u człowieka dorosłego banalny, wzbudził zrozumiałe zaciekawienie ze względu na wystąpienie u dziecka i skłonił nas do zebrania bliższych danych z piśmiennictwa, tyczących wiądu rdzenia u młodocianych.

Objawy *tabes iuvenilis* są zasadniczo te same, co u dorosłych. Tylko natężenie i ułożenie poszczególnych objawów u dziecka jest inne. Te cechy, które u dorosłych wysuwają się w różniczkowaniu *tabes dorsalis* na plan pierwszy, u młodzieży odpadają na sam koniec.

Przegląd piśmiennictwa wykazuje, że poszczególni neurologowie rozmaicie oceniają ważność poszczególnych objawów rozpoznawania *tabes iuvenilis*. Jedni zakładają rozpoznanie na zniesieniu odruchów, inni opierają je na objawie Argyll-Robertsona, inni orzekają na podstawie badania dna oka, wreszcie inni na zaburzeniach pęcherza moczowego.

W ogóle wszyscy są zgodni, że wiąd rdzenia u dziecka jest mniej niezborny i mniej bolesny niż u dorosłego. Natomiast, że przeważają u osobników młodych zaburzenia wzrokowe, zniesienia odruchów ścięgnistych i przełomy (kryzy) oraz zaburzenia pęcherza moczowego. Nieustalona jest częstość występowania zmian stawowych. Są to więc objawy raczej „tabetyzujących" niż tabetyków (P i e r r e M a r i e).

Typowe oznaki w wieku starszym: strzelające bóle, przełomy brzuszne, zaburzenia czucia i bólu oraz wybitne zaburzenie zborności ruchów, usuwają się w wiądzie dziecięcym na plan ostatni.

Na pierwsze zaś miejsce trzeba wysunąć objawy oczne i zniesienie odruchów. Zaburzenia mięśni ocznych w przeciwieństwie do wiądu rdzenia wieku dojrzałego występują bardzo rzadko. Najstalszą cechą jest objaw Argyll-Robertsona. Z jednostronną nieruchomością źrenicy dorosłych u dzieci prawie nigdy się nie spotykamy. Również rzadko spostrzega się zwężenie źrenic. F u c h s zaznacza, że zanik nerwu wzrokowego występuje

w wiądzie dorosłych, jako objaw bardzo wczesny tylko w 15% przypadków. W wiądzie rdzenia dziecka ten właśnie objaw najczęściej się zdarza i zazwyczaj sprowadza chorego do lekarza. Mamy tu do czynienia z typowym schorzeniem nerwów wzrokowych, zawsze obustronnym, wyrażającym się prostym, postępującym zanikiem, co prowadzi zwykle do zupełnej ślepoty. Marburg uważa, że przyczyna powyższego leży w skłonności kiły wrodzonej do ciężkiego uszkadzania oczu. Naczynia siatkówki są zwykle mało dotknięte. Pole widzenia dośrodkowo zwężone. Nierzadko występuje zapalenie miąższowe rogówki.

Nader często zatem spotykamy się u dziecka dotkniętego wiądem rdzenia z zanikiem nerwu wzrokowego, rzadko zaś z bezładem i bólami. Podobne ustosunkowanie się objawów w niektórych przypadkach wiądu u dorosłego, spostrzegali Förster i Petzsche.

U dojrzałych, mianowicie u których występuje postać z zanikiem nerwu wzrokowego rzadko znajduje się bóle strzelające. W miarę postępowania zaś zaniku nerwu wzrokowego równomiernie ustępują bóle. Ta sama zależność zachodzi między zanikiem nerwu wzrokowego a bezładem.

Charakterystyczną cechą wiądu młodzieńczego jest dalej okoliczność, że o wiele częściej zapadają dziewczęta (65%), niż chłopcy (35%). W wiądzie rdzenia u dorosłych wybitnie przeważa płeć męska. Najczęstszy okres zapadania na *tabes iuvenilis,* to wiek dojrzewania płciowego. Są jednak opisane przypadki wiądu u bardzo młodych dzieci.

Wiąd młodzieńczy nie zagraża życiu. Często prowadzi do ślepoty. W ogóle nie ma skłonności do wzmagania się objawów, jak w wieku starszym. Przebieg jest długotrwały, dobrotliwy, dlatego też materiał sekcyjny jest bardzo skąpy.

Podobnie, jak u dorosłych może dołączyć się porażenie postępujące, które w wieku dziecięcym jest względnie częste.

Wiądowi w młodym wieku towarzyszy zatrzymanie ogólnego rozwoju, w szczególności zaś cech płciowych. Znachodzi się brak owłosienia części płciowych; miesiączka nie występuje wcale albo bardzo późno.

Należy pamiętać, że zapalenie opon mózgowych może również doprowadzić do zaniku nerwów wzrokowych, jako też do zaniku odruchów ścięgnistych. Przekonał się o tym Malling, kiedy badał 100 ślepych uczniów „Królewskiego Instytutu dla ślepców" w Kopenhadze. U dwojga dzieci z zanikiem nerwu wzrokowego i odruchów ścięgnistych stwierdził w wywiadach pewne zapalenie opon mózgowych nagminne we wczesnym dzieciństwie. Natomiast brakowało podstaw do przyjęcia wiądu lub w ogóle sprawy kiłowej.

Nie jest więc wykluczone, że poszczególne przypadki, zwłaszcza z okresu przed odczynem Wa, opisane jako wiąd rdzenia młodzieńczy, to raczej zejście innych spraw chorobowych.

Naczelne znaczenie w powstawaniu *tabes iuvenilis* odgrywa kiła wrodzona. Zgoła wyjątkowo nabyta. Dla wytłumaczenia faktu, że tylko część chorych kiłowych zapada na wiąd trzeba dopuścić domniemanie istnienia i innych czynników ubocznych, drugorzędnych, pomocniczych w powstawaniu wiądu. I tak bardzo poważni autorzy przypuszczają, że tylko niepełnowartościowy układ nerwowy odpowiada wiądem na zakażenie kiłowe.

U dziecka — za Marburgiem — znaczenie czynnika wyzwalającego można by przypisać chorobom zakaźnym. Nader zaś często wykazuje się wiąd lub porażenie postępujące u któregoś z rodziców.

Z poddania więc krytycznej ocenie przypadku naszego i piśmiennictwa wynikało by, że obraz wiądu dorosłego cechuje się większą rozmaitością objawów i postaci klinicznych. Wiąd zaś dziecka odznacza się ubóstwem postaci. Nie ulega jednak wątpliwości, że jest to ta sama choroba, co u dorosłych. Potwierdza to fakt, że najczęstsza u dzieci, a rzadka u dorosłych, postać z zanikiem nerwów wzrokowych przebiega u jednych i drugich tak samo.

Ustrój dziecka, z nieznanych nam bliżej powodów skłonny jest przybierać postać kiły z zanikiem nerwu wzrokowego. Wyjaśnienia tego faktu, poza ogólnikowym stwierdzeniem Marburga, że kiła wrodzona szczególnie złośliwie nagabuje układ wzrokowy, brak.

Na sam koniec wypada jeszcze raz podkreślić łagodność przebiegu wiądu dziecięcego. Wytłumaczenia tego zjawiska można by się doszukiwać w większym zasobie sił życiowych dziecka i w braku czynników obciążających, jak np. alkoholizmu, nadużycia nikotyny, miażdżycy tętnic i zużycia układu nerwowego w walce o byt.

Piśmiennictwo:

Aucuna i Macera: Arch. d. Médec. des enf. T. 25. Str. 224. — Baumgar: Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. T. 75. Str. 321 i 345. 1921. — Cantonnet: Arch. d'ophtalmologie. T. 27. Str. 708. 1907. — Comby: Arch. d. Médec. des enf. T. 26. Str. 684. 1933. — Curtius, Friedrich, Schlitten: Dtsch. Zeitschr. Nervhlk. 194, 4472, 1934. — Dejerine: Rev. Neurologie. T. 23. 1912. — Dydyński: Gaz. Lek. Nr 51 i 52. 1899. — Halben: Deutsch. Med. Woch. Str. 1094. 1909. — Hift: Wiener Klin. Woch. T. 32. Str. 929. 1919. — Hirtz i Lemarie: Rev. Neurol. Nr 5. 1905. — Kalischer: Arch. f. Kdhlk. T. 24. — Köster: Monatschrift f. Psych. u. Neurol. T. 18. Str. 189. 1905. — Lereboullet i Mouzon: Paris Méd. T. 31. Str. 20. 1919. — Maas: Neur. Centr. Str. 345. 1912. — Malling: Monatschr. f. Psych. u. Neurol. T. 28. Str. 304. 1910. — Michałowski: Medycyna. Nr 24. Str. 741. 1932. — Micheli Lucit: Il. Cervello. Nr 2. 1933 (przyt. z Archiv. de Méd. des enf.). — Schaffer: Neurol. Centr. Str. 29. 1912. — Schick i Brückner: Kurz. Handb. d. Ophtalmologie 1931. — Unger: Monatschr. f. Augenheilkunde. T. 60. Str. 802. 1918. — Wildbrand, Saenger: Die Neurologie des Auges T. V.

Dr Helena KARPIŃSKA. Lwów.

Stosowanie dijodtyrozyny w przypadkach nadczynności tarczycy.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.
Ordynator: Dr Zofia Czeżowska.

Prace doświadczalne Abelina dotyczące dijodtyrozyny, wyodrębnionej obok tyroksyny z jodotyroglobuliny, doprowadziły go do wniosku, że związek ten jest poniekąd antagonistą tyroksyny i może być stosowany w leczeniu objawów nadczynności tarczycy. Prace kontrolne innych autorów (Kommerel, Sainton i Simonnet i in.) nie przemawiają za bezwzględnie antagonistycznym stosunkiem obu tych ciał, natomiast wartość dijodtyrozyny w zwalczaniu objawów tyreotoksycznych została stwierdzona przez szereg prac klinicznych, które pojawiły się w ostatnich latach. W tych pracach wysuwają się na pierwszy plan następujące zagadnienia: 1) Czy działanie dijodtyrozyny należy sprowadzić do działania zawartego w niej jodu i czy przedstawia pewne korzyści w stosunku do leczenia jodem nieorganicznym. 2) Czy środek ten nadaje się do leczenia każdej postaci choroby Basedowa? 3) Czy nadaje się do leczenia przewlekłego, czy też ma służyć jedynie, podobnie jak, wedle niektórych autorów, roztwór Lugola, jako przygotowanie do zabiegu operacyjnego?

Co do pierwszego zagadnienia, to istnieją prace doświadczalne, które przemawiają przeciw utożsamianiu działania dijodtyrozyny z działaniem jodu mineralnego. Przede wszystkim przy podawaniu dijodtyrozyny stwierdzono wydalanie jej z moczem w stanie nierozłożonym.

Prace Abderhaldena, następnie Abelina, wykazały, że dijodtyrozyna przyśpiesza przemianę kijanek, jod mineralny zaś nie wywiera tego działania. Sainton i Simonnet porównywali działanie na kury tyroksyny, jodu mineralnego i dijodtyrozyny. Już małe dawki tyroksyny i jodu wywoływały po pewnym czasie wychudzenie, drżenie i charłactwo zwierząt, podczas gdy znacznie większe dawki dijodtyrozyny działały raczej korzystnie na stan odżywienia zwierząt. Prace kliniczne dotyczące działania dijodtyrozyny w przypadkach nadczynności tarczycy, stwierdzając prawie jednomyślnie dobry wynik doraźny leczenia, różnią się w ocenie wartości leczniczej dijodtyrozyny w stosunku do jodu. Jedni z autorów (Kommerel, G. Laroche, B. Klotz i inni) przyznają dijodtyrozynie większą wartość od jodu mineralnego w przewlekłym leczeniu choroby Basedowa, a także w doraźnym przygotowaniu do zabiegu operacyjnego. Brugsch podkreśla, że leczenie dijodtyrozyną można przerwać w każdej chwili bez obawy niekorzystnego wpływu. Inni, zwłaszcza autorowie amerykańscy, uważają ją za lek równorzędny z jodem tak co do mechanizmu działania, jak i wartości leczniczej. Przeważająca liczba autorów, zajmujących się tym zagadnieniem, jest zdania, że do leczenia dijodtyrozyną nadają się tylko lekkie i średniociężkie postacie choroby Basedowa, podczas gdy ciężkie postacie powinny być leczone operacyjnie. Brugsch zaleca w przypadkach średniociężkich stosowanie dijodtyrozyny przez długi okres czasu, orientując się co do wysokości dawki oraz długości przerw

w podawaniu leku przede wszystkim zachowaniem się przemiany spoczynkowej. Autor sądzi, że przy zachowaniu odpowiedniej ostrożności w dawkowaniu można lek stosować nawet latami z korzyścią dla chorego.

Na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Ubezpieczalni Społecznej stosowaliśmy dijodtyrozynę [1]) w 15 przypadkach nadczynności tarczycy, o różnym nasileniu objawów chorobowych. Wszyscy chorzy pozostawali przez pierwsze kilka tygodni w obserwacji szpitalnej, po czym, gdy stan ogólny na to pozwalał, byli wypisywani do domu i pozostawali nadal w obserwacji i leczeniu ambulatoryjnym. Dwa przypadki lżejsze były leczone i obserwowane tylko ambulatoryjnie. Chorzy, którzy zgłaszali się do Szpitala, byli dotychczas nieleczeni, bądź też leczeni promieniami Roentgena bez wyniku, ponadto przechodzili zwykłe leczenie farmakologiczne lub leczenie klimatyczne. W przypadkach ciężkich stosowano leczenie dijodtyrozyną, gdy chorzy nie godzili się pomimo namowy na zabieg operacyjny.

Dijodtyrozynę stosowaliśmy dwa razy dziennie po 0.05 g przez 10 dni, po czym następowała kontrola przemiany spoczynkowej, wagi ciała, obwodu szyi, opadania ciałek czerwonych krwi, które to wartości zawsze ustalano przed rozpoczęciem podawania leku. Następnie stosowano preparat przez dalszych 10 dni i ponownie kontrolowano wyniki. Po wyżyciu 2 gramów dijodtyrozyny stosowaliśmy dwutygodniową przerwę w leczeniu, następnie po kontroli rozpoczynaliśmy ponownie podawanie preparatu przez okres 20 dni. Gdy poprawa stanu ogólnego na to pozwalała wypisywaliśmy chorych na okres czterotygodniowy do leczenia domowego, przepisując przez ten czas jedynie środki uspakajające lub ogólnie skrzepiające. Po miesiącu chorzy zgłaszali się do kontroli i zależnie od zachowania się przemiany spoczynkowej, rozpoczynaliśmy ponownie serię dijodtyrozyny przez 20 dni.

W ogóle u wszystkich chorych już po dziesięciodniowym zażywaniu dijodtyrozyny następowało obniżenie przemiany spoczynkowej. Był to zazwyczaj jeden z pierwszych objawów poprawy. Jedynie u 2 chorych obniżenie przemiany spoczynkowej nastąpiło dopiero po 20 dniach. Obniżenie przemiany spoczynkowej było zwykle bardzo znaczne. Po 20 dniach zażywania dijodtyrozyny obniżyła się ona do połowy u ośmiu chorych. Poprawa ta utrzymywała się przeważnie także w czasie trwania przerwy dwutygodniowej w zażywaniu, osiągając następnie wartości jeszcze niższe przy ponownym rozpoczęciu podawania preparatu. W lekkich przypadkach w ten sposób już w stosunkowo niedługim czasie udawało się obniżyć przemianę spoczynkową do wartości normalnej. Po przerwie czterotygodniowej chorzy zgłaszający się do kontroli wykazywali zwykle w porównaniu z ostatnim wynikiem przemiany spoczynkowej podwyższenie tejże, jednak nigdy nie dosięgała ona wartości wykazywanych przed rozpoczęciem leczenia dijodtyrozyną. Drugim dodatnim wynikiem, obserwowanym w czasie leczenia u wszystkich chorych, był przyrost ciężaru ciała, będący zresztą w bezpośrednim związku z obniżeniem nasilenia przemiany materii. Przeciętnie przyrost wynosił w ciągu 20 dni 2—3 kg.

Wpływ dijodtyrozyny na narząd krążenia już po kilku dniach zaznaczał się bardzo wybitnie prawie u wszystkich chorych. Przykro odczuwane bicia serca ustępowały już po 4—6 dniach, tętno z 120 uderzeń na minutę obniżało się do 100—80 uderzeń na minutę. Obniżenie się wartości tętna było połączone z uczuciem ulgi i uspokojenia w czasie zażywania dijodtyrozyny. Jednak, nawet w przypadkach wybitnej poprawy akcji serca, częstość tętna najczęściej ulegała pogorszeniu w czasie przerwy w zażywaniu preparatu. Podobnie jednak, jak przemiana spoczynkowa, tętno w czasie przerw w zażywaniu prawie nigdy nie dosięgało tak wysokich wartości, jak przed rozpoczęciem leczenia. Szczególnie dodatnio uwydatnił się ten wpływ dijodtyrozyny na narząd krążenia u jednego z chorych z typowym obrazem nadczynności tarczycy znacznego stopnia, u którego występowały napady dusznicy bolesnej naczynioruchowej. Chory od kilku miesięcy przeważnie w nocy miewał napady nagłych bólów w okolicy serca promieniujących wzdłuż lewego ramienia a połączonych z lękiem i biciem serca. Napady występowały początkowo raz na kilka dni, przed przybyciem do szpitala kilkakrotnie w ciągu dnia i w nocy, a już po kilku dniach zażywania dijodtyrozyny ustąpiły i przez cały czas pobytu w szpitalu nie powtórzyły się. Następnie w czasie dwutygodniowej przerwy w zażywaniu dijodtyrozyny raz w ciągu dnia miał przemijający lekki napad bólów. Częstość tętna u tego chorego przed leczeniem stale 120—116 na minutę, w czasie leczenia 92—80 na minutę.

[1]) Stosowano preparat firmy F. Hoffmann — La Roche.

Co się tyczy obwodu szyi, to prawie we wszystkich naszych przypadkach z wybitnym wolem po leczeniu dijodtyrozyną następowało zmniejszenie obwodu szyi od 2—5 cm. W przypadkach nieznacznego powiększenia tarczycy tego wyniku nie obserwowano. Wpływ na wielkość tarczycy jest zresztą jednym z mniej stałych objawów przy leczeniu dijodtyrozyną, wedle autorów zajmujących się tą sprawą.

Opadanie ciałek czerwonych w ciężkich przypadkach przeważnie wysokie w miarę leczenia i poprawiania się stanu ogólnego obniżało się do normy.

Podobnie wytrzeszcz gałek ocznych, drżenie języka i palców, pocenie się, bezsenność, ogólny niepokój ulegały w miarę leczenia znacznej poprawie, choć nie we wszystkich przypadkach obserwowano równoległość w cofaniu się poszczególnych objawów.

Jako przykład korzystnego działania dijodtyrozyny przytaczamy pokrótce historię choroby jednego z chorych pozostającego w obserwacji i leczeniu na Oddziele Chorób Wewnętrznych.

Pierwszy przypadek. Chory A. J., lat 44, (L. p. hist. chor. 729/35) z zawodu kelner, czuje się chorym od 2 lat. Skargi na bicie serca, bóle w okolicy serca, zawroty głowy, skłonność do omdleń, obfite pocenie się. W ciągu ostatnich 2 miesięcy stracił 5 kg na wadze. Od tygodnia uporczywe biegunki. Przed rokiem pobrał 3 serie naświetlań promieniami Roentgena gruczołu tarczykowego, bez większego wyniku. Na zalecany wówczas zabieg operacyjny nie chciał się zgodzić.

Badanie stwierdza: znacznego stopnia pobudliwość psychiczną i naczynioruchową, skóra wilgotna, dermografia wybitna. Wytrzeszcz gałek ocznych, objawy: Moebiusa, Stellwaga, Graefego dodatnie. Gruczoł tarczykowy w całości powiększony, lekko tętniący. Obwód szyi — 38 cm. Narząd krążenia: wymiary serca powiększone we wszystkich kierunkach. Akcja serca pobudliwa, tętno 120 uderzeń na minutę. Narządy jamy brzusznej bez wyraźniejszych zmian. Przemiana spoczynkowa = + 61%. Chory bardzo osłabiony, wykazuje skłonność do omdleń, zupełny brak łaknienia. Stolce wodniste 6—8 na dobę. Chory na zalecony mu zabieg operacyjny nie zgadza się. Rozpoczęto podawanie dijodtyrozyny 2 razy dziennie po 0.05 g. Po 10 dniach zażywania leku przemiana spoczynkowa obniża się do + 36%, waga ciała wzrasta o 3 kg, obwód szyi 35 cm. Częstość tętna w spoczynku 80 uderzeń na minutę. Samopoczucie chorego jest znacznie lepsze. Drżenie palców i języka mniejsze. Apetyt lepszy, chory sypia w nocy lepiej. Objawy ze strony przewodu pokarmowego prawie ustępują (2—3 stolce na dobę). Chory przebywa następnie jeszcze przez 10 dni na Oddziele Chorób Wewnętrznych, pobierając w dalszym ciągu dijodtyrozynę, po czym zostaje wypisany do domu. Po trzytygodniowej przerwie w zażywaniu leku zgłasza się do kontroli do Szpitala, przy czym podaje, że przez 2 tygodnie w domu czuł się zupełnie dobrze. Od tygodnia czuje zawroty głowy, osłabienie, bezsenność, poci się. Stolce do 5 na dobę. Kontrolne badanie przemiany spoczynkowej wykazuje: + 33.8%, waga ciała — 57 kg, tętno 120 uderzeń na minutę. Obwód szyi 37 cm. Po 20 dniach zażywania dijodtyrozyny stan ogólny znacznie się poprawia, bicia serca ustępują. Objawy ze strony przewodu pokarmowego znacznie mniejsze (2—3 stolce na dobę). Przemiana spoczynkowa = + 19%. Waga ciała — 59 kg, tętno do 90 uderzeń na minutę. Obwód szyi: 33.5 cm. Chory w stanie znacznej poprawy wypisany do domu nie zgłosił się do kontroli.

Drugi przypadek: M. F., (L. p. hist. chor. 1126/36) dotyczył dziewczyny 23-letniej przysłanej na Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala z rozpoznaniem *„endocarditis lenta"*.

W wywiadach podawała, że od 2 miesięcy (po przebytej grypie) odczuwa bicia serca, nudności, duszność i łatwe męczenie się przy najmniejszych wysiłkach fizycznych. Prócz tego brak łaknienia, bezsenność i z powodu powyższych dolegliwości od dwóch miesięcy nie wstaje z łóżka. Gruczoł tarczykowy zawsze miała większy, ale nie zwracała na to uwagi. Badanie stwierdza bardzo wybitną pobudliwość psychiczną i naczynioruchową. Skóra wilgotna, spocona. Wyraźne drżenie wyciągniętych rąk i języka. Lekki wytrzeszcz gałek ocznych. Objaw Graefego dodatni, Moebiusa, Stellwaga ujemny. Gruczoł tarczowy jest w całości powiększony, lekko tętniący. Serce we wszystkich wymiarach rozszerzone, przysłuchem nad końcem serca słyszy się głośny szmer skurczowy, II ton nieczysty, nad tętnicą główną 2 głuche tony, nad tętnicą płucną trący szmer skurczowy i II głośny ton. Tętno w spoczynku jest pobudliwe, szybkie — 120 uderzeń na minutę. Narządy jamy brzusznej bez zmian. Kończyny dolne bez obrzęków. Ciepłota

ciała prawidłowa. Liczba ciałek białych krwi prawidłowa ze względną limfocytozą. Przemiana spoczynkowa wynosi + 18.9%. Obwód szyi — 36.5 cm. Waga ciała wynosi 40.5 kg, wzrost 161 cm. W czasie leczenia w domu chora otrzymywała przez dłuższy czas naparstnicę w postaci kropli i proszków bez wpływu na częstość tętna.

Po przeprowadzeniu badań rozpoczęto u chorej podawanie dijodtyrozyny 2 razy dziennie po 0.05 g. Po dwutygodniowym leczeniu stan chorej znacznie się poprawił. Ogólny niepokój, drżenie, pocenie się znacznie mniejsze, chora lepiej sypia. Przemiana spoczynkowa obniżyła się z + 18.9% do + 9.6%. Na wadze przybrała w ciągu 2 tygodni 3 kg. Dolegliwości ze strony serca znacznie mniejsze, tętno mniej pobudliwe — 100—104 uderzeń na minutę. Obwód szyi nie zmienił się. Chora nadal pozostaje w naszej obserwacji.

Nie widzieliśmy większego wyniku po podawaniu dijodtyrozyny, poza wpływem na wzrost wagi ciała, u chorej L. R. (L. p. hist. chor. 289/35 *(morbus Basedowi gravis))* leczonej dotychczas bezskutecznie naświetlaniami promieniami Roentgena i środkami farmakologicznymi. (Na operację chora od szeregu lat nie chce się zgodzić).

U kilku chorych stosowaliśmy preparat celem przygotowania ich do zabiegu operacyjnego i w tych przypadkach widzieliśmy również szybką poprawę stanu ogólnego, przyrost wagi i zmniejszenie częstości tętna. Chorzy przyjmowali lek chętnie i bez wyjątku znosili go dobrze. Ponieważ stosowaliśmy w ogóle małe dawki, to nie widzieliśmy nigdy niepożądanych objawów ubocznych. Pod tym względem dijodtyrozyna zdaje się ma wyższość nad jodem nieorganicznym; przy dawkach farmakologicznie czynnych nie spostrzegaliśmy nigdy objawów nietolerancji utrudniających dość często stosowanie roztworu Lugola. Nie widzieliśmy też nigdy objawów przedawkowania z następowym pogorszeniem stanu, przed którymi przestrzega Kommerell, Abelin, Parhon i inni.

Krótki, bo zaledwie kilkumiesięczny okres obserwacji naszych chorych, nie pozwala ocenić trwałości osiągniętych wyników, nie możemy też odpowiedzieć na podstawie własnego doświadczenia na pytanie, czy możliwe jest trwałe wyleczenie z choroby Basedowa przez stosowanie dijodtyrozyny. Być może, że w przypadkach oporniejszych, zgodnie z zaleceniami Brugscha, należało by stosować dijodtyrozynę przez długi okres czasu, uzależniając dawkowanie i długość przerw w podawaniu leku od zachowania się przemiany spoczynkowej. Zgodnie ze zdaniem innych autorów na podstawie obserwacji naszego materiału możemy potwierdzić, że do leczenia dijodtyrozyną nadają się przede wszystkim lekkie i średniociężkie postacie nadczynności tarczycy. W przypadkach ciężkich, nadających się do leczenia operacyjnego, dijodtyrozyna spełnia doskonale swą rolę jako środek przygotowawczy.

W porównaniu z wynikami uzyskiwanymi przez naświetlania promieniami Roentgena uderzała większa szybkość występowania remisji, zwłaszcza co do wpływu na częstość tętna i spadek przemiany spoczynkowej. Wyniki, uzyskiwane przez rentgenoterapię, wydawały się nam natomiast trwalsze. Brugsch, porównując działanie lecznicze dijodtyrozyny z naświetlaniami promieniami Roentgena, stawia na równi wartość obu tych metod. Dłuższa obserwacja i krytyczna ocena otrzymanych wyników pozwoli w przyszłości na ostateczne ustalenie stanowiska dijodtyrozyny w hierarchii środków leczniczych przy nadczynności tarczycy. Wydaje się jednak, że przy odpowiednim doborze przypadków i ostrożnym dawkowaniu może ona oddać duże usługi w leczeniu tych stanów chorobowych.

Piśmiennictwo:

Abelin, Wegelin: Klin. Woch. II. Str. 2103—2106. 1932. — Abelin, Parhon: Klin. Woch. Str. 1455, 1932. — Abelin: Klin. Woch. Nr 39. 1936. — Blum: M. med. Woch. II. Str. 1441—1442. 1933. — Brugsch: M. med. Woch. Nr 48. 1935. — Lapp: Mediz. Klin. Nr 6. 1934. — Laroche G., Klotz B.: Presse Méd. Nr 47. 1934. — Sainton, Simonnet: C. R. Soc. Biolog. 1933. — Sehrt: Mediz. Klin. Nr 48. 1933. — Schützmayer, Wissman: Klin. Woch. Str. 673—676. 1932. — Steinitz E., Thau E.: D. med. Woch. II. Str. 2001. 1932. — Thau E.: Ztschr. f. Klin. Med. B. 123. Str. 448—459. — Zimmermann: Med. Klin. Nr 3. 1933. — Zimmerman: Med. Klin. Nr 19. 1933.

HISTORIA I FILOZOFIA MEDYCYNY.

Prof. Dr Władysław SZUMOWSKI. Kraków.

Słówko z metodologii o pierwszej, drugiej, trzeciej i dalszych rękach.

Dr J. J. Van der Kleij, Holender, lekarz zamieszkały w małej miejscowości Dreumel w Holandii, znając język polski, sprowadził sobie rok temu mój podręcznik „Historii medycyny" i przeczytawszy go napisał w holenderskim organie lekarskim [1]) rzecz na 80 wierszy druku pt.: *„De Polen en de Geneeskunde"* (co znaczy: Polacy w medycynie), po czym przysłał mi odbitkę i uprzejmy list po niemiecku, a wkrótce potem drugi po polsku, wykazując dość dobrą znajomość naszego języka. Przy łaskawej pomocy rodowitego Holendra, któremu składam za to uprzejme podziękowanie, artykuł cały Dra Van der Kleij przeczytałem.

Autor wymienia 48 nazwisk, w tej liczbie 37 Polaków, wziętych z mojej książki. Na pierwszym miejscu jest Curie-Skłodowska, potem idą Neugebauer, Bierkowski, Teichman, Dietl, Szokalski, Gałęzowski, Raciborski, Baliński, Mierzejewski, Dogiel, Zaleski, Opęchowski, Wysokowicz, Rydygier, Obaliński, Wicherkiewicz, Pieniążek itd. Dlaczego autor wybrał z mojej książki jednych Polaków, a nie wziął innych, tego nie wiem, mógł był bowiem przepisać szczegóły jeszcze i o innych kilkudziesięciu Polakach, którzy się odznaczyli w historii medycyny powszechnej. Przy kilku lekarzach Polakach autor dodaje własne szczegóły, ale tego jest niewiele.

Znamiennym jest jednak to, że autor, przepisawszy z mojej książki 2/3 swoich wywodów, nie uważał za potrzebne bodaj jednym słówkiem wymienić źródła, z którego czerpał. Nie posądzam go wcale, nawet w najmniejszym stopniu o złą wolę, boć przecież przysłał mi zaraz odbitkę swej pracy i w liście z dnia 15. IV. 1936 napisał sam: *„Es ist mir eine Ehre Ihnen einen Sonderdruck meiner Arbeit „Die Polen in der Medizin" zu senden, für welche Arbeit ich teilweise Ihr wertvolles Buch Historia medycyny benutzt habe"*. Ale muszę zarzucić p. Drowi Van der Kleij lekceważenie metody, która nie dopuszcza tego rodzaju czerpania z cudzych dzieł bez ich cytowania. Zapewne, artykuł Dra Van der Kleij ma charakter lekkiego felietonu, którego chwalebnym celem było zapoznanie czytelników holenderskich z zasługami Polaków w medycynie wszechświatowej i nawiązanie nowych nici dzisiaj między Holandią a Polską tak, jak to niegdyś bywało — o tym właśnie wspomina Dr Van der Kleij —, gdy Theodorus Forestus, Holender, był nadwornym lekarzem biskupa polskiego. Jesteśmy bardzo wdzięczni p. Koledze Van der Kleij za jego tak sympatyczne dla nas zamiary, które znajdą zawsze u lekarzy polskich pełny oddźwięk, ale — po pierwsze, nauka jest nauką, której metod nie wolno lekceważyć, a po wtóre, istnieje prawo autorskie, które mówi o własności autorskiej i o konsekwencjach prawnych, jeżeli ktoś własność autorską naruszy. Istnieje także międzynarodowa konwencja berneńska, do której należy zarówno Holandia, jak Polska.

Tutaj chcę tylko omówić stronę naukową całego tego zdarzenia i wykazać jego opłakane konsekwencje naukowe. Odbitki swego artykułu autor holenderski porozsyłał po całym świecie i w ten sposób odbitka, między innymi, dostała się w Warszawie do rąk Dra W. Szumlańskiego, który na łamach Pol. Gaz. Lek. nr 26. Str. 497, 1936 napisał entuzjastyczną recenzję o pracy Dra Van der Kleij w 70 wierszach. Czytamy w recenzji, że „autor, lekarz holenderski, bardzo szczęśliwie pokonał wszystkie trudności, wyszukując tylu zasłużonych w dziejach medycyny Polaków", a dalej... „przyznać należy, że autor badania swe prowadził skrzętnie" itd. Najwyraźniej kol. Szumlański nie znał mojej „Historii medycyny".

Ale nie na tym koniec. Dr Van der Kleij (druga ręka) zaczerpnął pewien materiał z mojej książki, nie dając czytelnikowi możności sprawdzenia, co mówi właściwie pierwsza ręka. Opowiada, między innymi, że w roku 1844 emigrant polski Wojejkowski wykonał we Francji pierwszy owariotomię. Czy to jest zupełna prawda, tego ja w mojej książce na str. 593 z taką pewnością nie powiedziałem. Historyk chirurgii francuskiej De Fourmestraux w dziele swoim *„Histoire de la chirurgie française"* (1934) przypuszcza, że pierwszy owariotomię wykonał we Francji jeszcze w roku 1781 Laumonnier. Ale pomijając sprawę pierwszeństwa, przyznać niewątpliwie na-

[1]) *Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde.* 4. IV. 1936. Nr 14. Str. 1488-9.

leży, że Wojejkowski istotnie wyprzedził o 17 lat Koeberlego, który wykonał w Strassburgu pierwszą swoją pomyślną owariotomię dopiero w roku 1861. Dr Szumlański (trzecia ręka), pochwaliwszy „skrzętne" badania autora holenderskiego (druga ręka), potem już nie dopilnował, żeby dalsze nazwiska były poprawnie w jego recenzji wydrukowane. W ten sposób czytelnik Pol. Gaz. Lek. dowiaduje się, już teraz od Dra Szumlańskiego (trzecia ręka), że dr Wojciechowski (tak! już nie Wojejkowski, lecz Wojciechowski) wykonał we Francji pierwszy owariotomię. Nie przeglądałem literatury chirurgicznej polskiej z ostatnich kilku miesięcy, ale nie zdziwiłbym się, wiedząc, jak lekarze robią historię, gdybym znalazł gdzieś podaną wiadomość (czwarta ręka) mniej więcej taką, że „według skrzętnych badań holenderskiego historyka medycyny Dra Van der Kleij pierwszą owariotomię we Francji wykonał w roku 1844 nasz rodak Dr Wojciechowski". I tak ten szczegół mógłby przejść do historii chirurgii polskiej (piąta ręka i dalsze), podobnie, jak tyle błędnych wiadomości pokutuje w historiografii medycznej polskiej, a — również i niepolskiej.

Czytelnik Pol. Gaz. Lek. może też z łatwością przyjąć na wiarę i zanotować sobie (czwarta ręka) z recenzji Dra Szumlańskiego (trzecia ręka), że pewien holenderski uczony historyk medycyny (druga ręka) wyszukał i wykazał zasługi dwóch Polaków, nieznanych w Polsce, nazwiskiem — Dopiel i że w państwie rosyjskim działał psychiatra polski — Babiński. Zapewne, gdyby ktoś wziął do ręki „Historię medycyny" Szumowskiego, dowiedziałby się, że ci uczeni Polacy nazywali się Dogiel i Baliński i wiele by rzeczy sobie wyjaśnił. Lecz który z lekarzy ma na to czas?! Szukałem w dalszych numerach Pol. Gaz. Lek. jakiegoś sprostowania błędów, jakie się wkradły do recenzji kol. Szumlańskiego, ale go nie znalazłem.

Kol. Szumlański dziwi się, dlaczego Dr Van der Kleij w swojej pracy, choć wymienił tylu Polaków, pominął zupełnie Edmunda Biernackiego i dlaczego zalicza do narodowości polskiej Roberta Remaka i chirurga Karola Ferdynanda Graefego. Gdyby kol. Szumlański znał moją „Historię medycyny", odpowiedziałby łatwo sam sobie na swoje pytanie. Oto autor holenderski także nie miał czasu. Kompilując swój artykuł z mojej książki, powyłapywał, co mu wpadło w rękę, nie troszcząc się o wyczerpanie tematu, który go pociągnął. Skoro wziął 37 Polaków, mógł był wziąć również i kilkudziesięciu innych. W moim podręczniku jest i o Biernackim; także o Remaku i Graefem jest tak, jak być powinno, tylko Dr Van der Kleij to lekko przekręcił. Oczywiście te wszystkie bałamuctwa odpadłyby, gdyby autor holenderski przytoczył był w swojej pracy źródło, z którego czerpał. Wtedy zapewne kol. Szumlański w ogóle nie napisałby swojej recenzji.

Podobnie i do literatury zagranicznej artykuł Dra Van der Kleij wprowadził bałamuctwa. Czytamy w *„Mitteilungen zur Geschichte der Medizin, der Naturwissenschaften und der Technik"* 1936. Bd. 35, nr 3, str. 314 sześciowierszowe streszczenie artykułu Dra Van der Kleij, podpisane H. (Haberling?). Recenzent (trzecia ręka), nie wiedząc, czym jest właściwie artykuł autora holenderskiego, pisze, (źle zrozumiawszy tekst holenderski), jakoby Van der Kleij w swojej pracy podkreślał, że pierwszą owariotomię w Europie wykonał polski chirurg Wojejkowski w Paryżu *(betont, dass die erste Ovariotomie in Europa der polnische Chirurg Wojejkowski in Paris durchführte)*. Już nie we Francji pierwszy, ale w Europie! Więc znowu inna wersja, tym razem wręcz niebezpieczna, gdyż mająca za sobą autorytet badacza holenderskiego (druga ręka) i recenzenta niemieckiego (trzecia ręka). W rzeczywistości w Europie w roku 1819 wykonał owariotomię Chrismar w Wirtembergii, a w roku 1824 Lizars w Edynburgu [2]). Ale znowu bym się nie zdziwił, gdyby teraz ktoś (czwarta ręka) próbował wykazać Szumowskiemu, pisząc o jego „Historii medycyny", że pominął i zlekceważył zasługi Wojejkowskiego, który według „badań" uczonych zagranicznych był pierwszym, który w Europie wykonał owariotomię. Jak można nie znać zasług własnych rodaków?!

Tak to jest, niestety, z historiografią medyczną w kraju i zagranicą. Czytelnik może się uśmiać, czytając te słowa. Historyk medycyny jednakże zawodowy powinien by zapłakać. Nie ma bowiem chyba drugiej nauki na świecie, w której tak łatwo powstawałyby „nowe", „nieznane" fakty naukowe, w której tak łatwo było by napisać pracę i wywołać poklask. Historia medycyny to ma być niby takie podwórko, na które każdy może wejść, podziobać sobie od niechcenia, a potem powiedzieć: „to moje" i — zabrać się do pisania. Przeciwko takim sposobom trzeba protestować jak najbardziej stanowczo. W interesie metody naukowej i w interesie nauki! Nie wolno metod felietonowych wprowadzać do historiografii medycznej. Kto chce pisać coś z historii lub o historii, niech przede wszystkim — ma na to czas. To jest pierwszy warunek! I niech się nie spieszy! A potem po wiadomości historyczne i po metodę najlepiej niech się zgłosi do jakiegoś zakładu historii medycyny — w kraju lub zagranicą.

Kol. Van der Kleij po przeczytaniu tych słów powinien by przesłać do redakcji czasopisma *„Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde"* sprostowanie, zaznaczając, skąd wziął swoje wiadomości o Polakach, podane w artykule *„De Polen en de Geneeskunde"*; równocześnie zamówić odpowiednią ilość odbitek swego sprostowania i porozsyłać je wszędzie tam, dokąd posłał odbitkę swego pierwszego artykułu. Wtedy błędy naukowe zostaną sprostowane.

[2]) Eulenburg. Real. Encykl. III wyd. T. VI. Str. 297.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr Bolesław SALAK. Łódź.

Jeszcze w sprawie reorganizacji pracy położnych.

W Nr 6 Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. ogłoszony został artykuł p. dr B. Kurzeji i p. Marii Kulczyńskiej pt.: *„Podniesienie zdrowotności na wsi przez reorganizację położnych"*. Obok całego szeregu uwag, które i mnie wydają się słuszne i celowe, zauważyłem i twierdzenia, które wymagają przedyskutowania z racji zastrzeżeń, jakie nasuwają.

Zgadzam się całkowicie, że ustawa o położnych i życie obecne rozchodzą się, zamiast zbliżać. Wydaje mi się, że pięknej ustawie o położnych, omawiającej jedynie poziom szkolenia położnych, brakuje drugiej części, zapewniającej położnym minimum zaopatrzenia materialnego. Jeżeli w kulturalnym województwie krakowskim położna z przypadających na nią przeciętnie 67 porodów rocznie obsługuje tylko 31, reszta kobiet rodzi albo bez opieki albo w asyście „babek", to jest tu coś nie w porządku. Nasycenie terenu położnymi jest; praktyki położniczej jest za mało, aby z niej wyżyć i jej wyłącznie poświęcać się. Skutek zrozumiały: szukanie innych zajęć, powrotny analfabetyzm zawodowy! Żadne przeszkolenia tu pomóc nie mogą, bo jest tu potrzebne przeszkolenie, praca zawodowa i możliwa płaca. Samymi nakazami i zakazami sprawy nie poprawimy.

Nie wydaje mi się wdzięczna rola powiatowej instruktorki położnych między innymi i z racyj już podanych. Nie należy obecnie ani do lekarza powiatowego ani tym bardziej do instruktorki rejestrowanie położnych, gdyż jest to przywilej i obowiązek urzędów wojewódzkich, natomiast starostwa, ściślej lekarze powiatowi jedynie prowadzą listę meldunkową rejestrowanych przez urzędy wojewódzkie położnych i ścigają położne niezarejestrowane za nieprawne wykonywanie zawodu. Natomiast odprawy doroczne położnych są celowe i konieczne. Nb. nie są one nowością, gdyż od wielu lat w całym szeregu województw są przeprowadzane, bardzo często w obecności przedstawicieli wydziałów zdrowia, urzędów wojewódzkich, zaproszonych prelegentów położników oraz przedstawicielek związku położnych. Jest to uroczystość, publiczna spowiedź, pokaz czarnych i jasnych stron życia położnych, przeważnie jednak jest to krzywe zwierciadło rzeczywistości. Praktyczniejszą i bardziej celową wydaje mi się, co zresztą autorzy zaliczają do obowiązków instruktorki, kontrola warunków mieszkaniowych położnej ze względu na nią samą, położnicę i dobry przykład dla ludności, a ja dodam — przede wszystkim ze względu na możność sprawdzenia gotowości fachowej do przyjęcia prędko, sprawnie i czysto porodu. Widziałem przeprowadzanie tej doraźnej kontroli w kilkudziesięciu powiatach przez samych lekarzy powiatowych — i twierdzę, że ma ona większe znaczenie od odpraw i przeważnie jest wiernym odbiciem rzeczywistości oraz doskonałym bodźcem do poprawy.

Prowadzenie przez położne okręgowe ewidencji ciężarnych nie wydaje mi się możliwym ani celowym, boć wkracza to trochę przynajmniej do czasu i w tajemnicę osobistą i zasadniczo należeć powinno do stacji opieki nad matką i dzieckiem. Po co tworzyć spory kompetencyjne?

Nie wydaje mi się wykonalną praca instruktorki, polegająca „na wkraczaniu w każdej chwili w teren pracy położnej, do wiejskich chat i do łóżka rodzącej czy położnicy". Czy takie epo-

stępowanie nie jest wchodzeniem do cudzego mieszkania bez zdejmowania kaloszy (co łatwo razem z nimi może spowodować wyproszenie), mam poważne podejrzenie.

Wreszcie ten sam błąd, który popełnia się przy rozmieszczaniu po wsiach położnych, zdaje mi się, popełniono w powiecie lwowskim i z jego instruktorką: jaka płaca, taka praca! Instruktorka ma jeździć po powiecie za 500 zł rocznie: wygodnie i tanio dla powiatu, ale instruktorka musi jeść, gdzieś mieszkać, jako tako ubierać się. Apostoł bez butów w naszym klimacie długo nie wytrzyma, musi zacząć realnie rachować. Toż samo trzeba powiedzieć o położnych okręgowych z poborami 120 zł rocznie, masą instrukcyj i obowiązków. Albo wyzysk albo nieróbstwo, w każdym razie wzajemna nieszczerość, papierowa robota i ładne sprawozdania.

I dlatego, szczerze życząc spełnienia bodaj części pięknych planów, radzę jeszcze przeprowadzić kalkulację rachunkową, dać współpracownikom *słuszne* minimum wynagrodzenia, bo... załamanie pewne.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Sprawozdanie ze Zjazdu w sprawach zdrowotnych młodzieży akademickiej.

(Ateny, 19—23 lipca 1936 r.).

Na zaproszenie Klubu Uniwersyteckiego w Atenach i przy poparciu greckiego Ministra Oświaty oraz Rektora Uniwersytetu ateńskiego, odbył się w dniach od 19 do 23 lipca 1936 r. w Atenach Zjazd poświęcony sprawom zdrowotnym młodzieży akademickiej.

Był to drugi międzynarodowy kongres w tych sprawach. Pierwszy odbył się w roku 1933 w Leysin w Szwajcarii, zorganizowany przez *„Entr'aide Universitaire Internationale"*. Czynny współudział w przygotowaniu obu Zjazdów wzięły organizacje niemieckie.

Na Zjazd ateński przybyło około 100 osób z różnych krajów, jak z Austrii, Bułgarii, Danii, Hiszpanii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Francji, Grecji, Niemiec, Węgier, Szwecji i Japonii. Z Polski wzięli udział w Zjeździe Dyr. A. Piasecki z Warszawy, wiceprezes Rady Naczelnej Towarzystwa Przyjaciół Młodzieży Akademickiej, Dr St. Karasiński jako delegat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego i Dr St. Hornung ze Lwowa. Najliczniejszą była delegacja niemiecka, która przybyła na Zjazd osobnym samolotem, pod przewodnictwem Dr Krümmla, Dyrektora Urzędu Wychowania Fizycznego w niemieckim Ministerstwie Nauki i Wychowania.

Omawiany Zjazd pozostawał w związku z Olimpiadą Berlińską i miał być według zamierzeń jego organizatorów niejako jej wstępnym etapem. Sprawy ochrony zdrowia i rozwoju fizycznego młodzieży mają niewątpliwie wiele punktów stycznych z rozwojem kultury fizycznej i sportów.

Wielka waga, jaką posiada dla młodzieży harmonijny rozwój władz umysłowych i fizycznych, tak wyraźnie podkreślana w starożytnej Helladzie była powodem wybrania Aten na miejsce Zjazdu. Najbardziej cenna warstwa młodzieży, jaką są studenci wyższych uczelni, wymaga szczególnej troski i ze stanowiska ogółu sprawa ich zdrowia jest szczególnie ważnym zagadnieniem.

Otwarcie Zjazdu odbyło się uroczyście w auli uniwersyteckiej. Przemawiali: Minister oświaty i zdrowia publicznego, burmistrz Aten, rektor Uniwersytetu, reprezentanci greckiego świata lekarskiego, oraz delegaci zagraniczni, podnosząc zgodnie ważność zagadnień będących na porządku dziennym Zjazdu. Z Polaków wygłosił powitalne przemówienie Dyr. A. Piasecki.

Obradom zjazdowym przewodniczył Prof. Moutoussis, dyrektor zakładu higieny Uniwersytetu ateńskiego. Przy stole prezydialnym zasiadali ponadto delegaci różnych państw biorących udział w Zjeździe, między innymi i Dyr. Piasecki.

Prof. Moutoussis przeprowadził porównanie między dzisiejszym, w okresie po wielkiej wojnie, stanem społeczeństw, a okresem powtórnego wprowadzenia igrzysk olimpijskich w starożytnej Grecji. W okresie, w którym człowiek był wychowany w materialistycznym światopoglądzie, gdy wisiało nad nim widmo bezrobocia, głodu i wielu innych niedostatków, gdy widział okropności wojny, przestał wierzyć w cywilizację obecną i stracił ufność w siebie samego i wiarę w przyszłość, została zachwiana jego równowaga duchowa, a harmonia wewnętrzna została zniszczona. Ten stan dzisiejszy ma wiele podobieństwa z położeniem Grecji w IX wieku przed narodzeniem Chrystusa. Starożytna Hellada znajdowała się wówczas w ogniu walk bratobójczych, w kraju szerzyły się zarazy. W społeczeństwie istniał wielki upadek moralności. Chcąc odwrócić te nieszczęścia wprowadził Ifitos, król Eleidy w roku 884 przed n. Chr. z powrotem igrzyska olimpijskie.

Powiązanie zgodne i współbrzmiące ciała i ducha uważano w starożytnej Grecji — *καλοκαγαθία* — za ideał wychowawczy młodzieży. To samo znajduje się w ideologii Platona, według której wszędzie tam, gdzie ciało występuje we wzajemnej harmonii z duchem — życie ulega rozwojowi i postępowi, a najwyższe wartości piękna i dobra znajdują swój zewnętrzny wyraz.

W okresie klęsk i przeciwności, tym bardziej konieczną jest ścisła współpraca państw i ścisła solidarność przy udzielaniu wzajemnej pomocy, wymiany zdań i przez nieprzerwane wspólne starania w dążeniu do utrwalenia pokoju, który by sprowadził prawdziwy postęp cywilizacji.

Na tych przesłankach oparte było reaktywowanie igrzysk olimpijskich w roku 884 przed nar. Chr. Podobne cele miało również wprowadzenie przez Barona Coubertina igrzysk olimpijskich w czasach nowożytnych, w końcu Olimpiada Berlińska i obecny kongres.

Dziedzictwo ducha starożytnej Grecji powinno być czynnikiem, który wskaże drogi rozwojowe w wychowaniu młodzieży i uczyni z niej ludzi nauki, owianych ideałami piękna i dobra i zdolnych do zapewnienia postępu ludzkości.

Troska o zdrowie moralne i fizyczne młodzieży jest obowiązkiem każdego społeczeństwa i rządu. Wszak dotyczy ona tej grupy ludzi młodych, z której wyjść mają przywódcy i kierownicy losów państwa.

Tematem wstępnego wykładu wygłoszonego przez Prof. Keramopoulosa, znanego archeologa był: duchowo i fizycznie harmonijny człowiek starożytności, jako wzór dla wychowania młodzieży akademickiej w teraźniejszości.

W wykładzie tym przedstawione zostały z wielkim znawstwem ideały wychowania starożytnej Grecji, które w dzisiejszych czasach tak żywy znajdują oddźwięk w wychowaniu młodzieży.

Drugim tematem głównym była sprawa *stanu zdrowotnego młodzieży w różnych krajach.*

Prof. Unverricht z Berlina przedstawił wyczerpująco stan zdrowia młodzieży w Niemczech, gdzie wgląd w istotne stosunki zdrowotne jest możliwy dzięki wprowadzeniu obowiązkowych i szczegółowych badań wszystkich wstępujących na wyższe uczelnie, jak i studentów V półrocza studiów. Gruźlica wysuwa się na pierwszy plan co do częstości występowania i ciężkości uleczenia.

W półroczu zimowym 1935/36 studiowało na wyższych uczelniach niemieckich 77.064 osób. W 34 ośrodkach obejmujących 68.074 studentów przebadano na I i V półroczu studiów 14.885 osób, w tym 2.140 kobiet. Wśród tych osób stwierdzono zupełnie zdrowych jedynie w 8,2%. Nadających się do studiów lecz wykazujących nieznaczne wady, jak stopy płaskie, małe blizny, wady uzębienia — 81,1%, wykazujących poważniejsze schorzenia i wady (większe ubytki zębowe wymagające leczenia, brak palca, wypryski, gościec stawowy, małe przepukliny itp.) 9,6%. Jako niezdolnych do wyższych studiów zakwalifikowano 1.2% badanych. Wśród tych 209 przypadków było: 66 przyp. gruźlicy, 50 przyp. schorzeń serca z zaburzeniami w krążeniu, 9 przyp. porażenia kończyn, 52 przyp. znacznych zniekształceń kończyn, 10 przyp. skrzywienia kręgosłupa znacznego stopnia, 6 przyp. ślepoty, 1 przyp. epilepsji i inne.

Przy badaniach obowiązkowych udało się wykazać jedynie nieliczne schorzenia nerwowe i umysłowe. Wśród studentów wyższych lat studiów natomiast wykluczono z Uniwersytetu berlińskiego w ciągu 2 ostatnich lat — 4 osoby (2 mężczyzn, 2 kobiety) z powodu schizofrenii. Co się tyczy chorób występujących w czasie studiów, to na pierwszym miejscu znajduje się gruźlica, która w uczelniach w Berlinie stanowiła w ostatnim roku połowę wszystkich schorzeń. Godnym uwagi jest fakt, że ze świadczeń stomatologicznych korzysta największa ilość młodzieży (ponad 50% wszystkich świadczeń).

W końcu proponuje Prof. Unverricht wprowadzenie obowiązkowych badań przed końcowymi egzaminami, gdyż jak wykazało jego doświadczenie na uczelniach berlińskich, wiele schorzeń, a zwłaszcza gruźlica, występuje na jaw właśnie na krótko przed ukończeniem studiów, lub w okresie ostatecznych egzaminów. Winić należy w tym wypadku przede wszystkim przepracowanie i napięcie nerwowe w czasie przedegzaminacyjnym, które może być powodem gwałtownego zaostrzenia się lekkiego procesu chorobowego, dotychczas drzemiącego.

W wypadku stwierdzenia poważnej choroby powinien absolwent rozpocząć natychmiast odpowiednie leczenie, a termin egzaminacyjny powinien mu być przełożony aż do chwili wyleczenia.

Prof. Spitzy, delegat wydziału lekarskiego Uniw. Wiedeńskiego omawiał stan zdrowotny młodzieży akademickiej w związku ze stanem zdrowia młodzieży szkół średnich i powszechnych.

Prof. Demangel przedstawił referat nieobecnego Prof. Piechaud'a o stosunkach wśród młodzieży francuskiej, a przede wszystkim w Bordeaux.

Kilku mówców greckich, byli to profesorowie uniwersytetu, poruszyło stosunki zdrowotne na uniwersytecie w Atenach i w Salonikach. Zorientowanie się w stanie zdrowotnym ułatwia w Salonikach książeczka zdrowia, w jaką musi się zaopatrzyć każdy student. Do najczęstszych chorób należą zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Dlatego też szczególną uwagę zwraca się w Grecji na umożliwienie studentom racjonalnego odżywiania się przez zakładanie i prowadzenie jadłodajni akademickich pod nadzorem profesorów. Poza tym dość często występuje wśród studentów salonickich zimnica.

Hornung (Lwów) podkreślił, iż jest rzeczą ogólnie znaną, że stan zdrowotny młodzieży nie jest dobry. Przyczyn jest wiele i w różnych krajach pod niejednym względem kształtują się te rzeczy podobnie. Niemniej jednak jest rzeczą interesującą wzajemne poznanie tych stosunków dla porównania i wyciągnięcia różnych wniosków tak co do ustalenia wskazań dla postępowania w zwalczaniu chorób w przyszłości, jak i w celu zapobieżenia ich szerzeniu się. W Polsce rozporządza dość obszerną statystyką lwowska „Opieka Zdrowotna", która od roku 1924 obejmuje studentów Uniwersytetu lwowskiego i innych wyższych szkół, w liczbie około 10.000 rocznie — tak w dziale zapobiegania chorobom, jak i ich leczenia. W dziale chorób wewnętrznych należy uwzględnić schorzenia narządu krążenia. W ostatnich latach zauważono szczególnie często występujące wady zastawkowe. Potwierdził to również Prof. Janiszewski w Warszawie, który u studentów obowiązkowo zbadanych na I roku, wykazał 4,81% tych wad. Należy wziąć pod uwagę pytanie, czy nie gra tu roli zbyt forsowne uprawianie sportów bez należytej kontroli lekarskiej. Zaostrzenie i należyte zorganizowanie tej opieki jest ważnym postulatem. Choroby weneryczne występują we Lwowie na 10.000 studentów — rocznie w ilości 35—40 przyp. kiły, 130—180 przyp. rzeżączki i 10 przyp. wrzodu miękkiego.

Gruźlica, a przede wszystkim gruźlica płuc jest typowym schorzeniem wieku młodego. Z tego względu musi również występować bardzo często u studentów. Jak stwierdzają współczesne obserwacje z szeregu państw: Francji, Ameryki i krajów skandynawskich, procent zakażonych gruźlicą w wieku około 20 lat, jest znacznie niższy, jak to dotychczas przyjmowano. Około 30—40% studentów w tych krajach nie oddziaływuje na tuberkulinę. We Lwowie przebadano w celu ustalenia tej sprawy wstępujących na uczelnie w roku 1935 i przekonano się, że w grupach wiekowych 17—25-letnich dodatnie odczyny śródskórne wzrastają od 80 do 94%, a więc tylko 20—6% nie przeszło zakażenia gruźliczego. I te cyfry wskazują, że musimy się liczyć z pierwotnymi zakażeniami gruźlicą wśród młodzieży, a ponadto stwierdzają one smutny fakt, iż w Polsce jest znacznie większy procent zakażonych gruźlicą wśród młodzieży akademickiej, jak w innych krajach.

Zachorowania na gruźlicę są częste; jak wynika z badań wstępujących na uczelnie lwowskie a obejmujących ponad 20.000 przebadanych promieniami Roentgena, procent przypadków gruźlicy wymagających leczenia i opieki wzrasta w wieku od 17—25 lat od 3,5 do 9% u mężczyzn, a od 3,4 do 12% u kobiet. Cyfry te wskazują, że w okresie studiów występuje podwójny, a nawet poczwórny wzrost ilości przypadków gruźlicy a więc tym samym, iż większość przypadków gruźlicy u studentów przy końcu studiów wystąpiła z objawami dającymi się stwierdzić właśnie w czasie studiów. Dlatego też należycie zorganizowana i prowadzona walka z gruźlicą posiada tak wielkie znaczenie na terenie akademickim.

Karasiński (Kraków) przedstawił stosunki zdrowotne młodzieży studiującej w Krakowie. Jeśli chodzi o gruźlicę, to badania obowiązkowe przed przyjęciem na wyższe uczelnie wykazały następujący stan:

Rok szk.	Liczba badanych	% przypadków gruźlicy czyn.	% przypadków gruźlicy wymag. obserwacji
1932/33	2.698	2.72	5.45
1933/34	2.642	3.06	3.67
1934/35	2.347	3.11	11.03
1935/36	2.412	1.45	7.91

Spośród przypadków gruźlicy czynnej, jedynie 0.73% nie dopuszczono do studiów z powodu niebezpieczeństwa dla otoczenia. Zaznaczyć należy, że niezamożnych przyjmowano nawet bezpłatnie do leczenia klinicznego.

W Klinice chorób wewnętrznych U. J. leczono w latach 1929—1936 171 studentów chorych na gruźlicę. W latach 1929—1936 skierowano do leczenia sanatoryjnego 496 studentów.

Spośród leczonych na oddziele gruźliczym kliniki osiągnięto wyleczenie w 19,3%, poprawę stanu w 59%. Pogorszenie stwierdzono w 17,5%, zmarło 3,5%.

Na około 7.000 studentów krakowskich około 8,57% leczy się z powodu gruźlicy. Inne schorzenia są znacznie rzadsze i żadne z nich ani w przybliżeniu nie przedstawia tego niebezpieczeństwa co gruźlica. Dlatego też główny wysiłek jest skierowany w kierunku zwalczania i zapobiegania szerzeniu się gruźlicy.

Prof. Saito podaje do wiadomości, iż w Japonii szczególną uwagę poświęca się schorzeniom zębów, które są tam bardzo częste.

Prof. Neuber z Debreczyna na Węgrzech przedstawił wyniki bardzo wyczerpujących badań studentów zgłaszających się do wpisu. W organizacji oparto się na badaniach uczniów szkół powszechnych i średnich, które były prowadzone w Debreczynie od szeregu lat. Przebadano 265 studentów I roku studiów. W badaniach brali udział dermatolog, wenerolog, internista, chirurg, neurolog, okulista, oto-ryno-laryngolog, stomatolog i rentgenolog. Z badań pomocniczych wykonano: odczyny serologiczne na kiłę, odczyny alergiczne na gruźlicę, oznaczenie grup krwi, obraz cytologiczny krwi, badanie moczu i plwociny.

Badania były obowiązkowe dla wszystkich studentów I roku; rozporządzeniem węgierskiego ministra oświaty niepoddanie się badaniom pociągało za sobą niezaliczanie półroczy studiów. Badania przeprowadzano w ciągu całego roku, 3 razy w tygodniu w ambulatorium, mieszczącym się w Klinice dermatologicznej.

Z chorób wenerycznych stwierdzono 16 przyp. rzeżączki a ani jednego kiły, co jest o tyle zastanawiające, że w szkołach niższych w Debreczynie Prof. Neuber stwierdził aż 5% kiły. Z chorób skórnych częstym jest łojotok. W dziale chorób wewnętrznych najczęstszą jest gruźlica płuc, którą udało się wykazać 17 razy (0,37% czynnej, 6,03% nieczynnej gruźlicy). Narząd krążenia wykazywał zmiany następujące: niewątpliwe wady zastawkowe u 5 studentów, szmery czynnościowe nad sercem bez innych objawów wady zastawkowej w 13 przypadkach. Zmianę konfiguracji serca w obrazie rentgenowskim stwierdzono w 16,9% przyp. Badania laboratoryjne wykazały obecność białka w moczu w 6 przyp., obecność ciałek ropnych w 6 przyp., cukromocz w 1 przyp. Można było stwierdzić niewątpliwy wpływ ćwiczeń fizycznych uprawianych forsownie na wystąpienie zmian w narządzie krążenia. Z chorób i zaburzeń stwierdzonych przez chirurga było: 30,9% stóp płaskich, 5,7% skrzywień kręgosłupa, 6,8% *varicocele*, 10,3% zbadanych przebyło różne operacje, jak wycięcie wyrostka robaczkowego i inne. Badanie neurologiczne wykazało w 6 przyp. neuropatię, w 9 przyp. neurastenię. Krótkowzroczność wykazano w 17,7%. Zaburzenia w rozpoznawaniu barw stwierdzono w 5% przyp. Zakaźnych schorzeń spojówek (jaglicy) nie było. Zaburzenia ze strony narządu słuchowego wykazywało 36 studentów (13,6%) z tego 4 miało znacznie upośledzony słuch, częste były zmiany w gardle, 8 studentów miało zaburzenia mowy. Jedynie 8,6% studentów miało zupełnie zdrowe uzębienie; wśród studentów ze zmianami w uzębieniu mniej jak 1/3 miała zęby leczone. Grupy krwi nie odbiegały w swych wzajemnych stosunkach od wyników otrzymanych na Węgrzech (O = 32,3%, A = 38,85%, B = 18,85%, AB = 10% = Indeks biologiczny $\frac{A + AB}{B + AB} = 1.693$).

Interesującą jest rzeczą, że tylko *5 studentów* na 265 przebadanych nie wykazywało żadnych zmian chorobowych i wad, czyli byli zupełnie zdrowi.

Następnym tematem omawianym na Zjeździe było: *Środki stosowane w różnych krajach w celu podniesienia stanu zdrowotnego i kultury fizycznej młodzieży akademickiej.*

Mówcy niemieccy, jak Krümmel, Streit i inni zajęli się przede wszystkim sprawą dopuszczania do studiów osobników chorych. W Niemczech bierze się pod uwagę przy przyjęciu na wyższą uczelnię również i stan fizyczny kandydata; nie tylko to, czy jest on niebezpieczny dla otoczenia i czy mógłby zarazić współkolegów, ale także to, czy jest celowe ze stanowiska ogółu i polityki narodowo-socjalistycznej Rzeszy, by dany osobnik oddawał się studiom wyższym. Celem uniwersytetów niemieckich jest, poza rozwojem wiedzy ścisłej, przede wszystkim wychowanie młodzieży pod względem charakteru ducha i wykształcenia politycznego na przyszłych przywódców zdolnych pod względem dziedzicznym, tak duchowo, jak i fizycznie. W tym celu przeprowadza się w I i V półroczu studiów przymusowe badania, przy których obowiązują przepisy ustalone przez Ministerstwo Oświaty.

I. *Trwała niezdolność do studiów:*

a) *bez zastrzeżeń* istnieje 1) przy chorobach dziedzicznych, które ograniczają zdolność umysłową albo dzięki złemu rokowaniu uniemożliwiają wykonywanie zawodu np. schizofrenia, obłąkanie maniakalno-depresyjne, ciężka padaczka, stany porażenne, choroba Friedreicha i podobne, 2) przy ciężkich organicznych schorzeniach układu nerwowego, obwodowego i centralnego, nieuleczalnych i wykazujących zmiany w charakterze i ograniczenie inteligencji np. *sclerosis multiplex*, stany po zapaleniu mózgu i padaczka, 3) przy ciężkiej psychopatii, uniemożliwiającej prowadzenie uregulowanego trybu życia i wykształcenie zawodowe, zwłaszcza przy objawach w zakresie seksualnym i narkomanii (morfinizm, kokainizm itp.), 4) przy ciężkich wadach cielesnych fizycznych, o ile można przewidzieć, że nie pozwolą na wykonywanie zawodu, 5) przy trwałym unikaniu i niechęci do ćwiczeń cielesnych i hartu ciała. Ćwiczenia cielesne są bowiem zasadniczym obowiązkiem także dla ułomnych, którzy winni zaprawiać się w ćwiczeniach w zakresie swoich możliwości pod kierownictwem lekarza sportowego, o ile w ten sposób nie powstaje ujemny wpływ na życie i zdrowie.

b) *względna niezdolność:* studenci nie podpadający pod powyższe postanowienia, lecz wykazujący takie braki psychiczne czy fizyczne, co do których nie można wykluczyć możliwości, iż wpłyną one niekorzystnie na wykształcenie zawodowe i późniejsze wykonywanie zawodu — *mogą* być wykluczeni (np. przy zaburzeniach wewnątrz wydzielniczych, ciężkich niewyrównanych wadach serca, ciężkich schorzeniach nerek itp.).

II. *Czasowa niezdolność:*

Za czasowo niezdolnego uważa się osobnika, który przedstawia niebezpieczeństwo dla otoczenia, albo przez swoje schorzenie wywołuje odrazę.

Są to: 1) gruźlica płuc otwarta,

2) kiła w okresach zaraźliwości i inne choroby zakaźne,

3) wywołujące odrazę schorzenia skóry i błon śluzowych, jak wypryski, wszawica.

Z chwilą ustąpienia tych stanów przyczyna niezdolności zostaje usunięta.

Postępowanie przy wykluczeniu ze studiów przedstawia się następująco: Przy podejrzeniu na istnienie niezdolności — lekarz zaufania szkoły zarządza, by student przedstawił wyczerpujące orzeczenie odpowiedniej kliniki, koszty tych badań pokrywa zasadniczo badany. Na podstawie tego orzeczenia rozstrzyga Rektor danej szkoły na wniosek lekarza zaufania uczelni, jeżeli wchodzi w grę bezwarunkowa niezdolność. Przy względnej niezdolności wypowiada się komisja, w skład której wchodzą Rektor uczelni, lekarz zaufania szkoły i lekarz delegowany przez Urząd Zdrowia Publicznego Narodowo-socjalistycznej Partii. Przy czasowej niezdolności — orzeka Rektor na wniosek lekarza zaufania na przeciąg 1 półrocza. Student otrzymuje na ten czas urlop i zakaz uczęszczania do gmachów uczelni. Rektor może na prośbę urlopowanego, popartą odpowiednim orzeczeniem skrócić okres niezdolności. Odwołanie od orzeczenia Rektora lub wspomnianej komisji może być wniesione do Ministerstwa Wychowania.

W dyskusji podniósł H o r n u n g, iż na Zjeździe w sprawach zdrowotnych młodzieży, jaki odbył się w roku 1933 w Leysin, delegaci niemieccy wypowiedzieli się zgodnie przeciw postulatowi wysuniętemu przez niego, a zrealizowanemu w Polsce, przede wszystkim we Lwowie od roku 1930, iż do studiów nie powinni być dopuszczeni osobnicy, których stan mógłby stanowić niebezpieczeństwo dla współkolegów. Dlatego też należy powitać z wielkim zadowoleniem zasadniczą zmianę w zapatrywaniach delegatów niemieckich — a to tym więcej, że zasady zdolności do studiów zostały ujęte w tak szerokim zakresie rozporządzeniem Ministerstwa, a więc uzyskały pełną podstawę prawną i dziś pod wieloma względami przykład ten jest godny naśladowania.

Ponadto zabrało głos szereg mówców, podkreślając zgodnie, iż wszelkie zakaźne choroby powinny być stanowczą przeszkodą przy przyjęciu na wyższą uczelnię. Jeśli chodzi o gruźlicę, to wszelkie postacie ostre, a z chronicznych te, co do których jest rzeczą prawdopodobną, iż przebiegają z wydzielaniem prątków Kocha, są przeszkodą w studiach. Nie powinny nią być natomiast przypadki gruźlicy wygojonej.

Prof. A l e x a n d e r (Agra), uważa, że chorych na gruźlicę należy odsunąć od studiów przy wykryciu tych zmian na okres 1 roku. Jeżeli zaś po tym okresie nie będzie względnej poprawy, to ostateczna decyzja jest znacznie łatwiejsza.

Prof. S p i t z y (Austria) podkreśla konieczność indywidualizowania przy oznaczaniu zdolności do studiów i niedopuszczenia chorych.

Według obecnych zapatrywań niemieckich nie jest aktualne, czy ktoś ma prawo studiować na wyższej uczelni, a jedynie czy ma siły do studiów. Gdy studiuje człowiek chory, to nie potrafi on po ukończeniu studiów objąć kierowniczego stanowiska (*„Führer"*) w życiu, a tym samym studia jego nie opłacą się społeczeństwu, mimo, że sama jednostka może być bardzo zdolna.

Dok. nast.

Dr St. Hornung (Lwów).

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr 5. 1937. G l a s s B. i G r y f e n b e r g J.: O skuteczności sztucznego porażenia przepony w leczeniu gruźlicy płuc. — C h o r o m a ń s k i C.: Przypadek mięśniaka części pochwowej macicy z następczym opuszczeniem macicy. — S t e r l i n g Wł. i S z y r y ń s k i W.: O niektórych osobliwościach semiologicznych tzw. odruchu chwytnego. — D o r a n t t St.: Rzucawka porodowa w świetle najnowszych poglądów na jej patogenezę i leczenie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 10. 1937. E n d e l m a n Z. i P i n e s I.: O częstoskurczu napadowym podczas ciąży i porodu (dok.). — J e s i o t r M.: Znaczenie zespołów witaminowych w leczeniu gruźlicy. — H r y n k i e w i c z St.: Izoaglutyniny a zagadnienie przepuszczalności opon mózgowo-rdzeniowych.

Ginekologia Polska. T. XV. Z. XI—XII. 1936. M e t l e r St.: Guzy jajnikowe a ciąża na podstawie materiału uniwersyteckiej Kliniki Ginekologiczno-Położniczej w Poznaniu z lat 1926—1935. — S z e n w i c W.: Gruźlica części pochwowej macicy. — S e r i n i M.: Cięcie cesarskie po przetoce maciczno-brzusznej wg Sellheima. — L a c h e r G.: Przypadek anus anomalus vestibularis ze współistniejącymi wadami rozwojowymi. — W ł o d k o w s k i Wł.: Kilka danych o leczeniu raka części pochwowej w czasie ciąży.

Nowiny Lekarskie. Z. 5. 1937. C z y ż a k J.: Przyczynek do patogenezy wrodzonego obrzęku płodu i łożyska. — T r e l l a J.: Dwa przypadki przewlekłego zapalenia trzustki. — M ą k o w s k i J.: Zatrucie grzybami i jego leczenie. — Ś w i d e r Z.: O wartości wyrwania nerwu przeponowego jako samodzielnego zabiegu w leczeniu zapadowym gruźlicy płuc. — K u h n A.: Stillerowska fundacja w Morszynie (c. d.).

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XVI. Z. 1. 1937. M a n t e u f f e l-S z o e g e L.: Stan układu nerwowego wegetatywnego w zapaleniu wyrostka robaczkowego. — M i c h a ł o w s k i E. i V o g e l f a n g e r I.: O zmianach w chemizmie krwi w przetokach jelitowych. — M i c h a ł o w s k i E.: Zabieg operacyjny jako leczenie bodźcowe. — B u l a n d a B.: Nowotwory szczytu pęcherza moczowego. — K a w a l c z y k J. i L i n d e n f e l d L.: Z kazuistyki wad rozwojowych moczowodu. — B i e l a s A.: O krwiomoczu w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. — W a j n s z t e j n L.: Przypadek przedziurawienia pęcherzyka żółciowego.

Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Nr 3. 1937. O w c z a r e w i c z L.: Zagadnienie dezynfekcji i dezynsekcji. — K u c h a r s k i T. i M a k o w s k i J.: Badanie nad wpływem dożylnego stosowania zawiesiny węgla aktywowanego na ustrój zwierzęcy i ludzki dok.). — C i s z k i e w i c z H. i P ę k s a Wł.: Ropowica gazowa jako powikłania po operacji wyrostka robaczkowego.

Pielęgniarka Polska. Nr 1—2. 1937.

Ruch Przeciwgruźliczy. Z. 1—2. 1937.

Młoda Matka. Nr 6. 1937.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr 3. 1937. B u j a l s k i J.: Uwagi o zachorowalności i śmiertelności wśród uprawnionych do świadczeń ubezpieczenia na wypadek choroby. — S z u m s k i J.: W służbie lekarskiej świata pracy. — W e n g i e r o w J.: „Zawód" i „inwalidztwo zawodowe" w ubezpieczeniach społecznych. — K r a s u s k i A.: Zarys historyczny poczynań społeczno-lekarskich w Europie i w Polsce.

Przemysł Chemiczny. Nr 1. 1937.

OCENY.

Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique appliquée suivi d'un lexique médical (Zbiór elementarnych wiadomości z anatomii, fizjologii, patologii i terapii stosowanej wraz z leksykonem lekarskim). P. RUDAUX. *Huitième edition complètement remaniée et augmentée. Avec la collaboration* de PIERRE RUDAUX. Masson et Cie, Éditeurs. Paris, 1936. Stron 933 (934). Rycin 618. Cena 60 fr.

Encyklopedyczna wiedza medyczna, treściwa a mimo to podana lekko, zajmująca dla czytającego i mająca swoisty wdzięk i przepięknie, oraz bogato ilustrowana. Nie ma prawie zagadnienia, którego by tam nie poruszono i nie starano się ująć rysunkowo, niekiedy bardzo pomysłowo. Omawiać treści niepodobna, tak jest różnorodna, można tylko określić ogólne wrażenie, które jest doskonałe i wszędzie jednolicie utrzymane. A to jest przy tak bardzo różnorodnej treści rzeczą bardzo trudną.

Po przedmowie (do ósmego już wydania) następuje właściwa rzecz ujęta w 3 części. Pierwsza omawia po wstępnych, ogólnych wiadomościach narządy ruchu, narząd krążenia, system nerwowy, narząd oddychania, trawienia i wydalania moczu i części płciowe męskie. W części drugiej omawiane są części płciowe kobiece, otrzewna, sutki, wiadomości z embriologii oraz dane, dotyczące błon płodowych i samego płodu. Część trzecia poświęcona jest dość różnorodnej treści, jak pielęgniarstwo chorych, dietetyka, podręczne badania (badanie moczu, mierzenie ciśnienia krwi), aseptyka i antyseptyka, odkażanie rąk, narkoza, wstrzykiwania i nakłucia, przetaczanie krwi, *venaesectio,* stawianie baniek, szczepienie ospy, cewnikowanie, wkraplanie, kąpiele, kauteryzacja, mała chirurgia.

Na końcu pracy umieszczony jest mały leksykon lekarski i alfabetyczny spis rzeczy.

Podręcznik bardzo praktyczny i dostosowany ściśle do swego celu. *H. Sochański* (Lwów).

Objawy limfatyzmu wieku dojrzałego w obrazie bronchoskopowym. A. SOULAS. Masson et Cie. Paris, 1934.

Bronchoskopia, umożliwiająca badanie czynnościowe ściany oskrzela i bezpośrednie oglądanie jego błony śluzowej dostarczyła dowodów, że sprawy zapalne oskrzeli przedstawiają w obrazie wziernikowym wielkie różnice, zależne głównie od podłoża konstytucjonalnego.

Autor na podstawie badania bronchoskopowego w 350 przypadkach spraw ropnych płuc wyodrębnia tzw. typ limfoidalny, który w obrazie wziernikowym charakteryzuje się zwykle obfitą wydzieliną śluzowo-ropną lub ropną, szerokim światłem drzewa oskrzelowego; błona śluzowa jest przeważnie blada, jakby nieco zgrubiała. Amplituda wychyleń oddechowych ściany oskrzela zwykle niewielka, a odruchy kaszlowe zahamowane, stąd też obfita plwocina okazuje dążność do zastoju w oskrzelach.

W wywiadach chorzy podają przebyte w dzieciństwie znamienne dla skazy limfatycznej schorzenia. Cechy, charakterystyczne dla typu limfatycznego uwypuklają się jeszcze wyraźniej przez porównanie ze zmianami, spotykanymi u chorych astmatycznych. Światło oskrzeli u tych ostatnich jest zwykle zwężone, błona śluzowa silnie przekrwiona, wielka rozpiętość amplitudy ruchów oskrzela, wreszcie gwałtowne odruchy kaszlowe zapewniają stałe odkrztuszanie skąpej zresztą plwociny.

Oprócz tych dwóch obrazów skrajnie odmiennych, spotyka się jeszcze wiele pośrednich, o mniej wyraźnie zaznaczonych różnicach.

Wyodrębnienie typu limfatycznego (autor stwierdził go w 17% na 350 przypadków), jest zdaniem autora bardzo ważne ze względu na kierunek postępowania leczniczego. U osobników limfatycznych przy leczeniu spraw ropnych płuc dobre wyniki daje dooskrzelowe wprowadzenie lipiodolu oraz stosowanie związków arsenu i siarki.

Jedynie takie postępowanie łącznie z opróżnianiem oskrzeli z plwociny oraz bronchoskopią pozwala osiągnąć dobre wyniki lecznicze.

W. Bross (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Tworzenie się wola i współdziałanie gruczołów wkrewnych. H. OKKELS. Kl. W. Nr 52. 1936.

Omawia nowsze zdobycze z dziedziny histofizjologii tarczycy i obraz histologiczny przedniego płata przysadki w różnych stanach czynnościowych tarczycy, wysnuwając z nich wniosek, że zadaniem komórek kwasochłonnych przysadki jest pobudzanie wchłaniania zwrotnego koloidu tarczycy i oddawania do krwiobiegu, komórki zaś zasadochłonne wpływają na magazynowanie koloidu w pęcherzykach tarczycy. W świetle takich poglądów centralne stanowisko w patogenezie choroby Basedowa zajmuje przysadka. Zmiany występujące w przysadce po podawaniu dużych dawek folikuliny przypominają stan stwierdzany przy *„struma colloides“*, łatwo więc przyjąć, że odchylenia w czynności wydzielniczej przysadki wywołane folikuliną zmieniają równowagę układu: tarczyca-przysadka. Wpływ wydzielania nadnerczy na stan czynności tarczycy, czy to bezpośredni, czy drogą jajników i przysadki, przy obecnym stanie wiedzy trudny jest do określenia, to samo dotyczy wpływu międzymóżdża i układu wegetatywnego. Autor kończy swe rozważania wnioskiem, że zagadnienie patogenezy wola jest jeszcze niewyjaśnione, a jeśli klinicysta określa niektóre przypadki wola jako niedomogę wielogruczołową, to określenie „niedomoga“ odnosi się raczej do samego rozpoznania niż do choroby. *B. Petryński* (Lwów).

Przemiana lipoidów w nadciśnieniu. P. NICOLESCO, D. HÉRESCO i C. BARBILIAN. Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

Nadciśnienie tętnicze znamionują znaczne zaburzenia gospodarki tłuszczów. Wzrost poziomu cholesteryny wolnej jest zazwyczaj nieznaczny, nie przekracza kilku procent (3.3%), znaczny natomiast wzrost, dochodzący do 40% wykazują estry cholesteryny. *Rawicz* (Warszawa).

I. Przemiana różnych postaci fosforu w schorzeniach kostnych i stawowych. — II. Wahania różnych postaci fosforu we krwi w niektórych schorzeniach przemiany materii. — III. Różne postacie fosforu we krwi w niektórych schorzeniach naczyniowych i skórnych. M. PETRESCO, E. C. BERENGER i A. SUTIANU Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

W trzech krótkich doniesieniach podają autorzy poziomy różnych frakcyj fosforowych w schorzeniach wymienionych w tytułach. Oznaczenia fosforu robione były sposobem Fabrykanta i Javiller'a. *Rawicz* (Warszawa).

W sprawie guzów barwikowych w obrębie środkowego układu nerwowego. P. SALLES. Ann. de méd. T. 40. Nr 5. 1936.

Guzy barwikowe w zakresie środkowego układu nerwowego spotyka się dość często, jako przerzuty ze zwyrodniałych znamion w skórze lub złośliwych guzów gałki ocznej. Pierwotne guzy środkowego układu nerwowego należą do rzadkości. Klinicznie można tylko wtedy rozpoznać, czy dany guz jest pierwotnym, czy też wtórnym, o ile stwierdzi się uprzednio istniejące zwyrodniałe znamię barwikowe w skórze lub guz złośliwy gałki ocznej. Dokładne odróżnienie spraw pierwotnych od wtórnych daje jedynie badanie anatomiczne. Pierwotne guzy biorą swój początek z opon miękkich, najczęściej z osłonek nerwów mózgowych. Spotykamy wtedy w korze i oponach mózgowo-rdzeniowych rozsiane czarniawo-brunatne guzki, nie ostro odgraniczone; natomiast ostro odgraniczone guzki w całej substancji nerwowej są typowe dla spraw wtórnych. Histologicznie sprawy tak pierwotne, jak i wtórne przedstawiają się jednakowo. Utkanie podobne do utkania mięsaka wrzecionowato-komórkowego, którego komórki wypełnione są barwikiem ziarnistym lub złogami barwika. Przy pomocy specjalnej metody Masson'a, polegającej na redukcji melanin z amoniakalnym roztworem azotanu srebrowego, wykazano we wszystkich przypadkach melaninę.

Z. Webersfeld (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Zamaskowane postacie niedokrwistości biermerowskiej. E. BENHAMOU. Ann. de méd. T. 40. Nr 3. 1936.

Przypadki niedokrwistości złośliwej kojarzą się bardzo często ze schorzeniami przewlekłymi, jak gruźlica, zimnica oraz ze schorzeniami narządów wewnętrznych, jak przewlekłe zapalenie nerek, schorzenia serca oraz marskość wątroby. Objawy niedokrwistości są w tych schorzeniach całkowicie przesłonione objawami choroby towarzyszącej i dopiero dokładne badanie cytologiczne krwi i treści żołądkowej oraz próbne leczenie wątrobą naprowadza na właściwą przyczynę schorzenia. Niezwykle cennym dla rozpoznania trudniejszych przypadków jest odczyn retikulocytów (po próbnym leczeniu surową wątrobą bydlęcą ilość retikulocytów wzrasta w 8—10 dni do 20%, równocześnie ze wzrostem ciałek czerwonych krwi). Rozpoznanie niedokrwistości biermerowskiej ma duże znaczenie przy leczeniu chinino-opornych chorych zimnicowych, ciężkich gruźlic oraz przewlekłych schorzeń narządów wewnętrznych. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Przyczynek do rozpoznania różniczkowego zapalenia wyrostka robaczkowego i krwawień z pęcherzyka Graaf'a lub ciałka żółtego. MANIZADE. Wien. Kl. W. Nr 46—47. 1936.

Na podstawie danych statystycznych ze 167 przypadków zebranych z piśmiennictwa i 4 spostrzeżeń własnych, omawia autor symptomatologię krwawień z pęcherzyka lub ciałka żółtego, podkreślając duże podobieństwo zespołu objawów w tym schorzeniu z zespołem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W rozpoznaniu różniczkowym podkreśla młody wiek chorych (którymi przeważnie są mężatki), częstsze występowanie w okresie przedmiesiączkowym, często uraz, jako bezpośredni czynnik wywołujący, oraz tętno niewspółmiernie szybkie w porównaniu z ciepłotą ciała. Na przyczynę składają się czynniki etiologiczne w postaci przekrwienia przedmiesiączkowego i związanej z tym gotowości krwotocznej, niekiedy też przekrwienia zapalnego z uszkodzeniem toksycznym ścian naczyń, oraz czynniki wywołujące w postaci urazów najróżniejszego typu.

B. Petryński (Lwów).

O nowych środkach wykrztuśnych. M. KISIEL, T. PANCZENKOW. Sow. Wracz. Żurn. Nr 11. 1936.

Poszukując nowych środków wykrztuśnych, które mogłyby zastąpić przywożoną z zagranicy wymiotnicę (ipecacuanę) i krzyżownicę (senegę), autorzy wypróbowali działanie wykrztuśne następujących roślin: *Extr. Luffae acutangulae, Extr. Primulae officinale, T-ra Asarum. Extr. Termopsis lanceol.* Leki te były wypróbowane na chorych z gruźlicą przewlekłą i w okresie obostrzenia. Dawki: 10—15 kropel, 3—4 razy dziennie w ciągu 6—15 dni. Stwierdzono, że: *Extr. Luffae* nie posiada żadnego działania wykrztuśnego, *Extr. Primulae* ma słabe działanie wykrztuśne. *T-ra Asarum* i *Extr. Termopsis* — mają dobre działanie wykrztuśne. Żadnego działania toksycznego nie stwierdzono. U żadnego z gruźlików nie wystąpiło krwioplucie.

M. Segal (Lwów).

Choroba hemolityczna. R. DEBRÉ, M. LAMY, G. SEE i S. SCHRAMECK. Ann. de méd. T. 40. Nr 3. 1936.

Choroba hemolityczna jest to schorzenie występujące u dzieci w wieku do lat 14, dziedziczące się według prawa Mendla. Pewne cechy konstytucjonalne, jak czaszka wieżowa, wielopalcowość i inne zwykle spotykamy u cierpiących na tę chorobę. Charakterystycznymi objawami są: żółtaczka, niedokrwistość i powiększenie śledziony. Żółtaczka przeważnie ogranicza się do żółtego zabarwienia skóry, przy braku innych jej cech. Niedokrwistość zwykle jest lekka, ciałek czerwonych 3—4 milj., wskaźnik Hb 1. Śledziona bardzo duża, twarda, niebolesna. Czasem występuje powiększenie wątroby, oraz gruczołów limfatycznych karkowych, pachowych i pachwinowych. Podwyższenie ciepłoty ciała zwłaszcza w okresie rozpadu krwinek dochodzi do 40°. Badanie szpiku kostnego w okresie rozpadu krwinek wykazuje dużą skłonność do wytwarzania nowych ciałek czerwonych. Schorzenie to może być powikłane zaburzeniami ze strony serca, oczu oraz gruczołów płciowych, pod postacią zaznaczonego infantilizmu. Pomimo bardzo szybkiego rozpadu krwinek przychodzi również szybko, bo w przeciągu kilkunastu dni, do ich odnowy Chorobę tę należy odróżnić od gorączki durowej, ostrego zapalenia wsierdzia oraz zapalenia opon mózgowych. Ze względu na mogące współistnieć bóle brzucha i wymioty należy odróżnić od ataku kamieni żółciowych, ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, u osesków od kiły wrodzonej, u małych dzieci od choroby Gauchera i białaczki. Leczenia swoistego nie ma. Dobre wyniki daje przetaczanie krwi tej samej grupy, oraz całkowite wycięcie śledziony.

Z. Webersfeld (Lwów).

Przewlekłe zajęcia stawów na tle gruźliczym (postać Ponceta) jako podstawa badań zagadnienia bakcylemii. W. BERGER i P. LUDEWIG. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 28. Z. 2 i 3. 1936.

Autorowie zajęli się wpływem i związkiem bakcylemii gruźliczej ze schorzeniami stawów o typie przewlekłym, przy czym podzielili je na 3 grupy: zajęcia wielostawowe przewlekłe o czystej etiologii gruźliczej, mieszanej oraz niepewnej.

W pierwszej grupie (9 chorych) po wyłączeniu schorzeń, jak *tonsillitis*, ziarniniaki zębów, *endocarditis, lues*, wykazano u 4 na pożywce Löwensteina prątki Kocha, wyhodowane ze krwi, przy czym inne dodatkowe badania stwierdziły zmiany w ustroju (w płucach albo poza nimi, jak *coniunctivitis eczematosa, chorioiditis tbc, meningitis serosa, lymphomata colli*, znaczna alergia tuberkulinowa skóry), na czym oparto związek z etiologią gruźliczą. Zmiany stawowe pod postacią zgrubień, przykurczów, zniekształceń, w przeważnej części tych przypadków dotyczyły stawów małych.

W drugiej grupie (15) przypadków schorzeń stawowych, etiologii częściowo gruźliczej, częściowo innej (zapalenia migdałków, wsierdzia, kiły itp.) stwierdzono przecież w 9 przypadkach prątki we krwi. Tło gruźlicze poza tym potwierdzono w przypadkach badaniami promieniami X, danymi anamnestycznymi, wskazującymi niejednokrotnie na gruźlicę płuc w ubiegłych latach (krwotoki, prątki w plwocinie, zajęcia szczytów, zapalenia opłucnej), wreszcie zmiany pozapłucne, jak *choroiditis tbc, lymphomata, erythema nodosum* wskazywały także na pochodzenie gruźlicze. Współistnienie tła gruźliczego potwierdzało w końcu i leczenie swoiste (tuberkuliną), prowadzące w tych właśnie przypadkach do znacznej poprawy. Ostatnie spostrzeżenia mają o tyle znaczenie, że w zupełności tłumaczą nie tak rzadki brak wyników leczniczych (czy po salicylu, trypaflawinie, czy po wycięciu migdałków) w przypadkach schorzeń stawowych o pochodzeniu niejasnym lub mieszanym, w których badanie krwi wysunęłoby na pierwszy plan współistniejące zakażenie gruźlicze. W trzeciej grupie (3) o etiologii niejasnej badania krwi tak w kierunku prątków Kocha, jak i kokków wypadły zupełnie ujemnie.

Stwierdzana bakcylemia, potwierdzona kilkakrotnie u tych samych chorych, występowała albo pod postacią więcej trwałą albo okresową. Dotyczyła ona przede wszystkim przypadków z ciężkimi zmianami stawowymi, chociaż łączyła się także z lekkimi, a nawet szczątkowymi postaciami przewlekłych zapaleń stawów.

Źródłem bakcylemii mogą być miejsca pozastawowe i stawowe. Dla pierwszych wchodzą w grę zakażenia stawów drogą krwi zarazkami, czy to z ognisk niewygojonych w płucach, czy z miejsc pozapłucnych np. gruczołów. Wreszcie już przy zakażeniu stawu prątki mogą drogą wsteczną dostawać się z powrotem do krwi. Wysianie ich ułatwiają zaostrzenia procesu płucnego, czy też stawowego. *St. Malczyński* (Lwów).

O niektórych szczególnych postaciach zawodowych zapaleń nerwów. Z. WAJNSZTEJN. Sow. Wracz. Żurn. Nr 1. 1937.

Spośród schorzeń systemu nerwowego o zawodowym podłożu najczęstsze są schorzenia obwodowego układu.

Symptomatologia schorzeń zawodowych obwodowego systemu nerwowego przedstawia zwykły kliniczny obraz zapalenia nerwów najrozmaitszego pochodzenia (zakaźnego, urazowego, intoksykacyjnego); mają one jednakże charakterystyczne odrębne cechy, jak to: ścisłe umiejscowienie, zajęcie przeważnie jednego nerwu (najczęściej *n. mediani*, na górnej kończynie, *n. ischiadici* na kończynie dolnej), zaburzenie czucia lub ruchomości itd.

Szczególna grupa zawodowych schorzeń, polega na zaburzeniach wegetatywnych.

Zawodowe schorzenia rąk istnieją przy najrozmaitszych zawodach, ale niektóre z nich są prawie swoiste dla danego zawodu. Klinicznie były one opisane jeszcze przez Nothnagel'a, Schulz'ego, później przez Kassierer'a i Kurschmann'a.

Zwykle schorzenia te nazywano „wegetatywnymi lub wazomotorycznymi neurozami".

Jednakże kliniczny obraz, umiejscowienie schorzenia wskazują na anatomiczne zmiany w obwodowym odcinku systemu nerwowego, a nie na czynnościowy charakter schorzenia; dlatego też lepiej traktować schorzenia te jako zapalenie nerwów, (neuropatii) do czasu ściślejszego zbadania zmian anatomicznych.

Badania Leriche', Foerster'a, Meige'ego potwierdziły, że mamy w danym wypadku do czynienia z zapaleniem włókien nerwów sympatycznych.

Jedna z późniejszych prac Z. Kostiukowej, dotycząca schorzeń obwodowych nerwów naczynioruchowych, wykazuje 92,3% chorych u pracujących na wibrujących warsztatach (np. szlifierzy), a u ludzi mających za sobą ponad 10 lat pracy — 100%! Schorzenie to jest nieuniknione dla pracującego przez dłuższy czas we wspomnianych warunkach, ogranicza się do miejsca ucisku pracującego organu (dłoń, końce palców) z obrabianym przedmiotem. Charakteryzuje się ono silnymi i coraz bardziej narastającymi bólami, bladością, zsinieniem palców (czasem występują obrzęki), poceniem się dłoni, obniżeniem pobudliwości skóry, zniżką obwodowego ciśnienia krwi i podwyższeniem napięcia obwodowych naczyń u ludzi z zupełnie zdrowym systemem nerwowym.

Cierpienie zjawia się stopniowo i stosunkowo w niedługim czasie po rozpoczęciu roboty i stale nasila się, jeżeli pracujący nie porzuci swego zawodu.

Stałość i ścisłość zmian chorobowych przy tej samej etiologii (długotrwałe systematyczne urazy) przemawiają za wyodrębnieniem tego schorzenia z olbrzymiej grupy „wegetatywnych i wazomotorycznych neuroz" i za traktowaniem go jako osobnej jednostki chorobowej, prowadzącej do utraty zawodowej zdolności zarobkowania. Uznanie choroby za zawodowe zapalenie nerwu, a nie za nerwicę ma i praktyczne znaczenie — otrzymanie przez poszkodowanego większej renty. *H. P.* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Zastosowanie płynu mózgowo-rdzeniowego w rozpoznaniu nabłoniaka kosmówkowego. F. EWALD. Zbl. f. Gyn. 559—564. 1936.

Autor opisuje 2 przypadki nabłoniaka kosmówkowego, z których jeden dotyczył mężczyzny z wadą rozwojową narządu płciowego. Płyn mózgowo-rdzeniowy tych chorych wstrzyknięty myszom infantylnym w ilości 2.5 cm³ wywołał dodatni odczyn Aschheim-Zondeka. Wynik ten jest interesujący pod tym względem, że według twierdzenia Hashimoto ilość płynu mózgowordzeniowego konieczna dla wywołania dodatniego odczynu Aschheim-Zondeka w ciąży normalnej wynosi 18 cm³.

Autor sądzi, że wyniki przez niego uzyskane wymagają dalszej obserwacji i gdyby się okazało, że małe ilości płynu mózgowo-rdzeniowego wywołują dodatni odczyn Aschheim-Zondeka wyłącznie przy nabłoniaku kosmówkowym i przy tym we wczesnych stadiach rozwoju — sposób ten może się stać cennym środkiem rozpoznawczym w diagnostyce hormonalnej tych nowotworów. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie przetok moczowodowych, powstałych w następstwie operacyjnego leczenia raka szyjki macicy. CZ. UHMA. Gin. Pol. T. XV. Z. IX—X.

Do powikłań występujących po rozszerzonym brzusznym zabiegu Wertheima, stosowanym w leczeniu raka szyjki macicy — należą między innymi przetoki moczowodowe. Aby uniknąć tego powikłania podjął autor pewne zmiany w technice operacyjnej. W czasie odsłaniania moczowodów stosuje on zamiast szczypczyków anatomicznych, które wywierają ucisk na ścianę moczowodu — specjalne grabki, które służą do chwytania i ustalenia moczowodu na pewnym poziomie. Posługiwanie się grabkami ułatwia technikę zabiegu i umożliwia odsłonięcie moczowodu, bez uszkodzenia jego ściany. *M. Segal* (Lwów).

Operacyjne leczenie fractura supracondylica u dzieci. T. SOKOŁOWSKI. Chirurg Polski. Nr 3. 1936.

Złamanie nadkłykciowe kości ramieniowej jest typowe dla wieku dziecięcego. Lekkie postacie tych złamań dają się nastawić bez większych trudności, natomiast złamania ze znacznym przemieszczeniem odłamków najczęściej nie udaje się nastawić zwłaszcza dokładnie i na stałe.

W przypadkach ciężkich złamań nadkłykciowych zwłaszcza zaniedbanych i zastarzałych autor obrał leczenie operacyjne. Z ogólnej ilości 90 przypadków *fractura supracond. humeri* wykonał autor w 23 przypadkach nastawienie krwawe metodą operacyjną, która w ogólnych zarysach polega na dojściu do miejsca złamania z cięcia poprzecznego na bocznej powłoce ramienia w przedłużeniu fałdu skórnego przegubu łokciowego w kierunku kłykcia bocznego, przecięciu poprzecznym mięśnia ramieniowo-promieniowego i dług. prostownika nadgarstka — nastawieniu za pomocą jednozębowych haków odłamków i ustaleniu ich za pomocą drutu wbitego przez wyniosłość kłykciową w kierunku trzonu. Po dokonaniu zdjęcia w 2 rzutach, zaszywa się ranę i ustala się rękę w opatrunku gipsowym na przeciąg 2—3 tygodni.

Wyniki po tej metodzie były dobre, po 4 tygodniach następował powrót ruchów stawów w znacznym zakresie. Ujemnych następstw, jakie przy tej metodzie mogłyby mieć miejsce, np. powtórne przemieszczenie odłamków, nadmierny rozrost kostniny, porażenia n. promieniowego, przykurczenia z niedokrwistości lub upośledzenia czynności mieśni i stawu — autor nie stwierdził. *J. Wolf* (Lwów).

Endometrioza w mięśniach ramienia. E. NAVRATIL i A. KRAMER. Klin. Woch. Nr 48. Str. 1765. 1936.

Prócz otrzewnej spostrzegano endometriozy dotychczas w bliznach po laparotomiach, w pępku, pęcherzu, w okolicy pachwinowej, na wargach sromowych, w pochwie, kroczu, gruczołach limfatycznych. Navratil i Kramer opisują niezwykłą, dotąd niespostrzeganą, siedzibę w mięśniach przedramienia.

25-letnia kobieta zgłosiła się wskutek bólów w okolicy prawego stawu łokciowego. Chora sama zauważyła, że stoją one w związku z miesiączką i ustępują równo z nią. Bóle te powtarzały się co miesiąc od dwu lat.

Badanie ginekologiczne nie wykryło żadnych zmian. W okresie miesiączki był prawy staw łokciowy nieobrzękły, ruch przedramienia swobodny, tylko w maksymalnym wyprostowaniu uczucie bólu. Pronacja i supinacja możliwa i niebolesna. Nad główką kości ramieniowej wyniosłość. Pokrywająca skóra bez zmian. Obwód przedramienia prawego w tej okolicy większy o 1,5 cm od lewego. W mięśniach daje się wyczuć guz wielkości jaja gołębiego, okrągły, dający się lekko przesuwać, niebolesny, elastyczny. Zdjęcie rentgenologiczne nie wskazało na żaden stan zapalny w kości lub stawie. W czasie międzymiesiączkowym guz zmniejszył się o połowę, nabrał zbitości włóknistej i nie był bolesny, przy czym i maksymalne wyprostowanie w stawie łokciowym odbywało się bez bólu. Ponieważ guzek odpowiadał kształtem powiększonemu gruczołowi limfatycznemu, a równocześnie stwierdzono czynną gruźlicę płuc, należało uwzględnić możliwość gruźlicy gruczołu. Próba tuberkulinowa dała wyraźną swoistą reakcję, w guzku ani śladu tej reakcji nie było. Wobec przyczynowego związku między miesiączką a zmianami w obrębie guzka, podano chorej na kilka dni przed miesiączką hormon ciałka żółtego. Progestyna opóźniła miesiączkę o 9 dni. Punktualnie ze zjawieniem się opóźnionej miesiączki, pojawiły się bóle, oraz zwiększyły się rozmiary guzka. To dowiodło, że sprawa ściśle jest związana z cyklem miesiączkowym.

Przy operacji znaleziono włóknisty guzek wielkości daktyla, nieposiadający żadnej torebki, silnie się zrastający z otaczającymi włóknami mięsnymi i liczne różnej wielkości ogniska, znajdujące się w otoczeniu. Dookoła tych ognisk tkanka mięsna nie okazywała żadnych zmian zapalnych, ani ostrych ani przewlekłych. Badanie chorej w czasie następnej miesiączki nie wykryło żadnych zmian w miejscu operowanym.

Mikroskopowo w wycinku z guza stwierdzono typowy obraz błony śluzowej macicy w okresie międzymiesiączkowym. Zastanawiający był dość silny naciek zapalny przede wszystkim na obwodzie, ale i w centrum guza. Naciek zapalny był przede wszystkim około naczyń i składał się z limfocytów i komórek plazmatycznych.

Co do genezy endometrioz, to przyjmowano możliwość implantacji cząstki błony śluzowej macicy w szwach po laparotomii, lub rozszerzanie się drogą przerzutów (Halban) przez naczynia limfatyczne. Teoria powstawania endometrioz ze składników otrzewnej została przez Haselhorsta i Otto podana w wątpliwość. Według nich endometriozy powstają w bliznach dzięki bujaniu błony śluzowej macicy lub jajowodów *per continuitatem*, przy czym kanały szwów są drogą posuwania się tych bujań. Haselhorst jest zdania, że mało jest takich przypadków, gdzie nie można wykazać łączności z błoną śluzową macicy lub jajowodu, a tam gdzie jej nie można stwierdzić, istnieje możliwość implantacji. Heim przyjmuje jednak, że może powstać bujanie endometrialne na miejscu w bliźnie.

W przypadku Habbego operację wyrostka robaczkowego wykonano w 10 roku życia, a w 16 lat później w związku z ciążą przerwaną przez wyskrobanie powstało w bliźnie bujanie endometrialne. Przy wycinaniu tej endometriozy stwierdzono, że nie ma żadnych zrostów z narządami płciowymi.

Heim przyjmuje, że bujanie endometrialne powstaje z elementów tkankowych w danym miejscu i że prawdopodobnie pochodzi ono z resztek embrionalnej tkanki mezenchymalnej wskutek zadrażnienia mechanicznego, czy zapalnego, czy wreszcie hormonalnego. Lauche przyjmuje również powstawanie tego bujania z pozostałości elementów mezenchymalnych i mezodermalnych. Powstawanie endometrioz w pozaotrzewnej części więzadła okrągłego i w okolicy pachwinowej daje się podprowadzić pod rozumowanie Lauchego. W sprawie endometrioz w okolicy sromu i krocza podano różne tłumaczenia: mówiono o przeszczepieniu błony śluzowej lub doczesnej podczas porodu, o przekształceniu śródbłonka naczyń limfatycznych itp. Według Heima powstawanie endometrioz w okolicy narządów rodnych daje się lepiej wytłumaczyć teorią jego i Lauchego.

Dla wytłumaczenia genezy endometriozy w mięśniach przedramienia trzeba zdaniem Navratila i Kramera przyjąć dwie możliwości: albo powstała ona drogą przerzutu, albo z elementów mezenchymalnych w danym miejscu. W danym przypadku szukają oni wytłumaczenia genezy tej endometriozy raczej w teorii przerzutowej.

Badanie mikroskopowe wykazało w guzku również stan zapalny. Taki stan zapalny tłumaczą różni autorowie, jako moment wyzwalający bujanie endometrialne, przy czym wspominają jeszcze o podnietach hormonalnych. Czy odczyn zapalny w danym przypadku już pierwotnie istniał, czy też powstał po wytworzeniu się endometriozy, trudno rozstrzygnąć.

Freund zwrócił uwagę na ogólne cechy konstytucjonalne przy tworzeniu się adenomiozy. W danym przypadku brak wszelkich danych do przyjęcia takiego stanu konstytucjonalnego.

Tadeusz Piekoś (Kraków).

Ostry zakrzep tętnicy wieńcowej. KENELM WINSLOW. Northwest Medicine. Rocznik 35. Nr 10. Str. 369—375. 1936.

Szczegółowe omówienie klinicznego obrazu, diagnostyki różniczkowej, rokowania i leczenia ostrych zakrzepów tętnicy wieńcowej. W ostatnim rozdziale autor gorąco zaleca koraminę. Po

zmniejszeniu morfiną pierwszego napadu bólów, często zjawia się konieczność podtrzymania oddechu i akcji serca — koramina czyni jedno i drugie. W wielu wypadkach podnieść można ciśnienie krwi i utrzymać je na żądanej wysokości kilkakrotnymi dawkami 1,5—3 cm³ koraminy.

W jednym wypadku autor obserwował spadek ciśnienia krwi w przeciągu 48 godzin ze 176 mm na 98 mm.

Przez podanie koraminy w ilości 1,2 cm³ 3 razy dziennie podniosło się ono do 135 mm i utrzymywało się na tej wysokości całymi tygodniami. W innym przypadku, przebiegającym z zapaścią i obrzękiem płuc, udało się podskórnymi wstrzykiwaniami koraminy poprawić oddech i krążenie, a ciśnienie krwi, które spadło ze 160 mm na 100 mm, skutecznie podtrzymać.

Na podstawie wielu przez siebie obserwowanych przypadków autor zaleca w leczeniu ostrego zakrzepu tętnicy wieńcowej stosowanie koraminy, jako dobrego i szybko działającego środka.

W. Kurowski (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 6 maja 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Aleksander Oszacki.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia naukowego.

Prof. Dr K. Stołyhwo (gość Towarzystwa) *wygłosił odczyt pt.: „Konstytucja a rasa"*.

W dyskusji: Prof. Dr E. Godlewski podnosi, że pojęcie konstytucji w wywodach prelegenta nie jest sprecyzowane i wydaje się ujęte jako *status praesens*, który jest wynikiem cech odziedziczonych oraz nabytych w biegu życia. *Habitus phtisicus* nie jest następstwem wpływu choroby, lecz pewnym odziedziczonym typem. Jeśli w definicji prelegenta będziemy przyjmować efekty wpływów świata zewnętrznego, to nie będzie to już konstytucją. Jeśli się wprowadza pojęcie anormalnych cech i wiąże się je z wpływami świata zewnętrznego — to są to tylko wyrazy kondycjonalizmu a nie konstytucji. Ustrój ludzki jest złożony i wyróżnienie w nim cech odziedziczonych i nabytych jest niesłychanie trudne. Dla tych spraw przydałaby się większa łączność między antropologią a biologią. Ze stanowiska patologicznego rzeczy te nie zostały uwidocznione, w pracach antropologicznych nie uwzględnia się pewnych momentów patologicznych i stąd wydaje się, że w pojęciach antropologicznych są pewne niedociągnięcia.

Prof. Dr Wachholz. Między antropologią a nauką o konstytucji zadzierzgnął się pewien związek. Kwestię tą postawił pierwszy Lombroso i choć jego nauka rzekomo w swoim czasie zbankrutowała, to dziś odżywa ona w antropologii. Lekarze np. więzienni badają skazanych według pewnych formularzy i z tego wyciąga się pewne wnioski co do typów konstytucyjnych skazanych. Z zestawień tych dadzą się w myśl tez Lombrosa wyosobnić typy o pewnych właściwościach konstytucjonalnych. Lombroso zwrócił uwagę, że przestępstwo jest emanacją pewnej indywidualności. Dziś antropologia kryminalna, dawniej nauka Lombrosa, odżywa w tych typach konstytucjonalnych. W związku z badaniami w zakresie przestępstwa Carra podnosi, że sędziami powinni być ludzie dokładnie wykształceni w kierunku kryminologiczno-lekarskim.

Dr Stryjeński. Konstytucja zmienna nie odpowiada nam, ponieważ przyzwyczailiśmy się do dotychczasowych pojęć konstytucji wrodzonej.

Prof. Dr E. Godlewski. W pracach Lombrosa mamy do czynienia z cechami genicznymi. Pojęcie zmiennej konstytucji jest dla biologa trudne do przyjęcia. Musimy się wystrzegać, by nie mieszać cech teratologicznych, które są raczej wynikiem pewnych wpływów patologicznych.

Dr Eisenberg. Stanowisko prelegenta jest uzasadnione ze względu na charakter jego materiału. Lekarz-biolog inaczej się na te kwestie zapatruje, każda przebyta choroba, wpływy na życie płodowe stanowią niekiedy tzw. drugą naturę.

W dalszej dyskusji głos zabierali: prof. Oszacki, prof. Rogalski, prof. Marchlewski, prof. Przyborowski, dr Wander.

W odpowiedzi prelegent.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba*.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 maja 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Aleksander Oszacki.

Prezes poświęca słowa wspomnienia zmarłym członkom Towarzystwa Lekarskiego Dr S. Boczarowi i Prof. Dr L. Korczyńskiemu. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia naukowego.

Odczytano komunikat Zarządu Związku Lekarzy Słowiańskich o zjeździe w Sofii.

Kol. dr Żabiński *omawia z punktu widzenia klinicznego 2 przypadki wysięków międzypłatowych*, obserwowane na Oddz. I B Szpitala Św. Łazarza.

Kol. dr Spritzer (z Oddz. Rentg. Szpitala św. Łazarza) *przedstawia i omawia obrazy rentgenologiczne wspomnianych przypadków*.

W dyskusji: Prof. dr Kostrzewski podnosi, że rentgenolog badając płuca stwierdza np. wczesny naciek z jamą, a gdy po pewnym czasie robi ponowne zdjęcie to okazuje się, że z nacieku nie pozostało śladu lub też tylko blizny. W takich przypadkach myśleć można, że to, co wydawało się jamą, mogło być wysiękiem międzypłatowym. Na te rzeczy zwracał uwagę kol. Wachtel.

Prof. dr Oszacki. Wysięki międzypłatowe są znacznie częstsze, niż się przypuszcza, a nawet może są częstsze, niż wysięki opłucnowe zwykłe. Dlaczego tak się dzieje, to pewne światło mogą rzucić na te sprawy badania przeprowadzone w ostatnich latach dotyczące drogi doświadczalnego zakażania pneumokokami u zwierząt. U psów, a zwłaszcza u małp, pneumokoki wprowadzone do górnych dróg oddechowych rozprzestrzeniają się w płucach i powodują sprawę zapalną przede wszystkim w podścielisku i stąd dopiero przedostają się do pęcherzyków. Zdaje się, że w ten sposób przychodzi szczególnie łatwo do zajęcia opłucnej i to opłucnej międzypłatowej tak, że zapalenie opłucnej często poprzedza sprawę zapalną w samych płucach. Gdy internista rozpoznaje wysięk międzypłatowy a rentgenolog go nie stwierdza, to nie jest to jeszcze dowodem braku wysięku, dopóki nie przeprowadzono badania boczno-bocznego lub skośnego. Cały szereg gryp, zwłaszcza o nietypowym przebiegu, to niejednokrotnie wysięki międzypłatowe. Wreszcie należy podnieść, że starsi klinicyści przyzwyczajeni są traktować wysięki międzypłatowe jako sprawy ropne, doświadczenie zaś obecne mówi, że większość tych wysięków jest pochodzenia surowiczego.

Kol. dr Adamowicz. Nacieki wczesne gruźlicze, o których mówił prof. Kostrzewski, najczęściej występują pod postacią nacieków podobojczykowych lub przywrębowych w zakresie górnych płatów płuc. Nacieki przywrębowe *(lobites suprascissurales ou sousscissurales* wg Sergent'a) i wysięki międzypłatowe niekiedy mogą nastręczać duże trudności w ich rozróżnieniu, gdyż obrazy radiologiczne często są do siebie łudząco podobne. Pochodzi to stąd, że tak naciek przywrębowy, jak i płyn międzypłatowy przy ostrych zarysach dolnej granicy mają zwykle zatarty i niewyraźnie odgraniczony górny zarys, co przy płynie międzypłatowym zależy od ukształtowania wrębu i klinowatego ścieńczenia warstwy płynnej, a przy nacieku jest wynikiem największej szerokości warstwy naciekowej ponad wrębem. Wyjaśnienia pierścieniowe w naciekach wczesnych nie zawsze są wyrazem obecności jam, lecz są one często tylko wynikiem początkującego serowacenia lub tzw. demarkacją serowacenia. Tego rodzaju zmiany mogą w dalszym przebiegu sprawy chorobowej ulec rozpadowi lub wessać się bez śladu.

Kol. dr Spritzer. Większe trudności rozpoznawcze nastręczają te nacieki wczesne, które są umiejscowione u podstawy górnego płata.

Kol. dr Blübaum. Przy lokalizacji wysięków międzypłatowych między dolnym a środkowym płatem często trudno odróżnić je od tzw. pneumonii przewlekłych.

Kol. dr Adamowicz *wygłosił odczyt „O badaniu rentgenologicznym wyrostka robaczkowego"* (streszczenie własne, całość ukaże się w druku).

Prelegent przedstawił wyniki rentgenologicznego badania wyrostka robaczkowego na podstawie znacznej ilości przypadków zdrowych lub nieoperowanych i 160 przypadków zbadanych i następnie operowanych z powodu przewlekłego zapalenia na oddziale kol. dr Jasieńskiego w Szpitalu im. G. Narutowicza. Prelegent podaje metodykę badania wyrostka robaczkowego po zastosowaniu soli morszyńskiej w domieszce do śniadania barowego. Omawia warunki otrzymywania obrazów wypełnionego

zdrowego i chorego wyrostka, stosunki anatomiczne, etiologię oraz czynniki wpływające na powstawanie zapalenia przewlekłego. Dalej omawia fizjologię a zwłaszcza mechanikę wypełniania oraz wydalania treści przez wyrostek robaczkowy na podstawie własnych spostrzeżeń. W przypadkach operowanych prelegent badał wyjęte wyrostki wypełniając je zawiesiną barową i wykonywał zdjęcia tak przygotowanych wyrostków celem porównania obrazów rentgenologicznych przed i po wyjęciu z jamy brzusznej. Wreszcie każdy wyrostek poddawał badaniu anatomicznemu celem stwierdzenia zmian chorobowych.

W etiologii przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego dużą rolę odgrywają uporczywe zaparcia, które pośrednio wpływają na zaleganie i wytwarzanie się grudkowatych zbitych mas kałowych w świetle wyrostka, a zwłaszcza w wyrostkach długich. Niepoślednią rolę w etiologii zapalenia odgrywają ciała obce zalegające w wyrostku. Stwierdzono kilkakrotnie pestki wiśni, pomarańczy, ponadto kosteczki z ryb, szczecinki, a nawet pojedynczy pędzelek ze szczoteczki do zębów.

Wyczuwalny i twardy wyrostek nie świadczy o jego schorzeniu, gdyż stężenie ścian wyrostka poprzedza fazę wydalania jego zawartości i wtedy wyrostek można dokładnie wymacać palcami.

W przypadkach braku wypełniania się wyrostka łącznie z objawami klinicznymi prawie zawsze stwierdzono daleko posunięte zmiany anatomiczne ścian. Przekonaliśmy się, że bolesność uciskowa, której niektórzy autorowie przypisują szczególnie ważne znaczenie w rozpoznaniu zmian zapalnych nie rzadko zawodzi jako objaw rozpoznawczy, osobliwie przy współistnieniu zmian zapalnych w przydatkach. W licznych wypadkach wypełnienia się zmienionego zapalnie wyrostka można wykazać na zdjęciach zmiany ścian w postaci drobnych sęczków, uchyłków oraz strzępiastych zarysów odlewu światła wyrostka („sękata laseczka"), które są wyrazem drobnych lakunarnych owrzodzeń lub ziarninowych przerostów śluzówki. Rozpoznawanie zrostów okołowyrostkowych musi być bardzo ogledne, przesuwalność bowiem wyrostka bywa często ograniczona przez fałdy otrzewnowe. Tylko objaw napiętej struny jest niezawodnym w przypadkach zrostów.

Badanie za pomocą prześwietlania należy zawsze uzupełnić zdjęciem radiologicznym, należy też badać co najmniej dwukrotnie celem uniknięcia pomyłek.

Badając przewód pokarmowy w przypadkach przebiegających z objawami dyspeptycznymi, należy zawsze wykonać specjalne badanie wyrostka robaczkowego, często bowiem w jego stanie zapalnym tkwi przyczyna schorzenia.

Prelegent zilustrował odczyt licznymi zdjęciami radiologicznymi i fotografiami preparatów.

W dyskusji: kol. dr Chudyk. W pewnej statystyce na materiale 400 chorych, u których stwierdzono rentgenologicznie zmiany chorobowe w wyrostku robaczkowym, podczas zabiegu operacyjnego okazało się, że zmian nie ma. Inne statystyki też wykazują, że duży procent chorych operuje się niepotrzebnie. Długie wyrostki robaczkowe, jakkolwiek niezmienione zapalnie, mogą dawać dolegliwości przez swój skręt. Co się tyczy sposobu podawania masy kontrastowej przy badaniu wyrostka robaczkowego, to cały szereg autorów jest za metodą podawania *per clismam*. Doświadczenie kol. Chudyka przemawia bezwarunkowo za metodą podawania baru doustnie, choć ten sposób wymaga dłuższego czasu.

Kol. Reiner. W rozpoznawaniu schorzeń wyrostka robaczkowego nie powinniśmy opierać się wyłącznie na danych rentgenologicznych, nie należy operować, gdy brak jest objawów klinicznych. Często operuje się błędnie, a gdy bóle po zabiegu trwają nadal tłumaczy się je zrostami. Otwierać jamę brzuszną powinno się tylko w tych przypadkach, gdzie rozpoznanie jest pewne.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20 maja 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Aleksander Oszacki.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia naukowego.

Ord. Doc. Dr Szymanowicz *przedstawia preparat operacyjny olbrzymiej zrakowaciałej torbieli wątrobowej.*

Chora, lat 42, po przebadaniu chirurgicznym, urologicznym i internistycznym zgłosiła się z olbrzymim torbielowatym guzem wielkości donoszonej ciąży. Badaniem ginekologicznym stwierdzono torbiel wypełniającą całą jamę brzuszną, gubiącą się ku górze pod łukiem żebrowym, od dołu zaś nie dająca się dosięgnąć palcami. Wobec bardzo znacznego napięcia powłok brzusznych niemożliwą rzeczą było wybadanie przydatków, w każdym razie wydawało się, że guz jest pochodzenia nie ginekologicznego. Otwarto jamę brzuszną cięciem aż po wyrostek mieczykowy i stwierdzono, że torbiel wielokomorowa, wypełniona cieczą gęstą, czekoladową, wychodzi z lewego płata wątroby, prawie zupełnie zanikłego. Woreczek żółciowy bez związku z torbielą, wielkości pięści, wypełniony kilkunastu kamieniami cholesterynowymi. Torbiel uwolniono od związku z wątrobą i usunięto ją w całości. Woreczek żółciowy usunięto w sposób typowy. Po założeniu sączków gumowych i gazowych zamknięto jamę brzuszną. Zabieg zniosła chora niespodziewanie dobrze, dopiero w trzecim tygodniu po zabiegu wystąpiła niedomoga trzustki i wątroby, a po czterech tygodniach chora zmarła wśród objawów ogólnego wyniszczenia. Badanie drobnowidowe w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. wykazało *cystoma papilliferum carcinomatodes*.

Przypadek prelegent przedstawia ze względu na jego rzadkość i trudności rozpoznawcze.

Dr Herzhaft *przedstawia i omawia przypadek krwotoku z ciałka żółtego do jamy otrzewnowej, rozpoznany jako pęknięta ciąża jajowodowa.*

Dr Schwarz *przedstawia chorą l. 37, u której przed pół rokiem wykonano wyjęcie narządu rodnego z powodu raka jajowodów.*

Ze względu na dość daleko posunięte zmiany w obrębie miednicy małej i znaczną zwykle złośliwość nowotworów rokowano niepomyślnie. Po 2 seriach naświetlań rentgenowskich chora czuje się obecnie dobrze, przybiera na wadze, a badaniem nie stwierdza się w obrębie miednicy małej żadnych nacieków. Chora przebywała w przebiegu pooperacyjnym różę nosa i twarzy. Obecnie pobiera trzecią serię naświetlań.

Druga chora przedstawiona przez kol. Schwarza, to przypadek promienicy przydatków prawych. Chora, lat 19, zgłosiła się z bólami po stronie prawej u dołu brzucha i zatrzymaniem miesiączki od 4 tygodni. Badaniem wewnętrznym stwierdzono guz przydatków prawych wielkości pięści, dość ruchomy, nieznacznie bolesny. W czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono, że guz przydatków pozostaje w zrostach z jelitem ślepym oraz przechodzi naciekowo na powłoki brzuszne. Ze względu na ścisły związek guza z jelitem zaniechano wyjęcia go, lecz wykonano wycinki próbne z nacieku drążącego do powłok, podejrzewając możliwość gruźlicy. Badaniem drobnowidowym stwierdzono jedynie naciek zapalny bez cech swoistych. Po wygojeniu się rany operacyjnej naświetlono chorą promieniami Roentgena i wypisano do domu. Po upływie trzech tygodni chora zgłosiła się ponownie, przy czym stwierdzono, że guz przydatków uległ bardzo nieznacznemu powiększeniu, ale natomiast naciek w powłokach rozszerzył się w obrębie całej blizny pooperacyjnej. Poza tym w obrębie blizny wytworzyły się trzy przetoki wydzielające treść serowato-ropiastą. Naciek stwierdzono również w obrębie prawego sklepienia pochwy. Pobrano wycinki próbne ze sklepienia pochwy oraz z otoczenia przetok. Poza tym wykonano posiewy z ropy i wykonano szereg badań drobnowidowych ropy. W jednym z wycinków z blizny znaleziono cechy promienicy.

Prelegent przypomina, że mimo znacznego rozpowszechnienia grzybka promienicy w przyrodzie sprawa ta występuje jako jednostka chorobowa, szczególnie w częściach rodnych kobiety, dość rzadko. Częstsze występowanie tej choroby w częściach rodnych wewnętrznych niż zewnętrznych tłumaczy się przechodzeniem grzybków z jelita ślepego w pewnych warunkach na przydatki. Rozpoznanie, jak to i z powyższego przypadku widać, bywa zwykle trudne. Chorą leczy się obecnie podawaniem jodu wewnętrznie, poza tym naświetlaniem promieniami Roentgena.

Kol. dr M. Spritzer (z Oddz. Rentgenologicznego Szpitala św. Łazarza): ***Diagnostyka rentgenologiczna serca i dużych naczyń*** napotyka na duże trudności. Są one spowodowane w dużej mierze stosunkami topograficznymi tych organów w obrębie klatki piersiowej i ich budową anatomiczną. Serce stanowi bryłę o bardzo nieregularnych powierzchniach leżących w kilku rozmaitych płaszczyznach ciała. W związku z tym rzut jednopłaszczyznowy serca na klatkę piersiową i jego wyraz rentgenologiczny w postaci rentgenogramu stanowi dość trudny przedmiot interpretacji, jeśli chodzi o analizę przynależności rozmaitych części cienia sercowego w ich stosunku do odpowiednich odcinków serca. Już w rentgenogramie normalnego serca napotykamy na pewne trudności. I tak np. prawy górny kontur cienia sercowego ma pochodzić według jednych od *vena cava superior*, według innych od *aorta ascendens*. Prawy dolny łuk serca ma według jednych pochodzić w całości od prawego przedsionka,

według innych, zwłaszcza nowszych autorów, opierających się już na badaniach kymograficznych, dolna jego część ma pochodzić od prawej komory. Z taką samą różnicą zdań spotykamy się znowu, gdy chodzi np. o środkowy lewy łuk serca: *arteria pulmonalis, conus arteriae pulmonalis,* lewe uszko i lewy przedsionek wchodzą tutaj w rachubę. Trudności te potęgują się wybitnie, jeśli chodzi o serce zmienione patologicznie. Poszczególne odcinki serca, powiększające się w rozmaitych kierunkach, mogą dawać bardzo rozmaite i rozmaicie umiejscowione zmiany w konturach serca. I tak np. lewy przedsionek może dać wypuklenie łuku środkowego lewego, ale może też spowodować wypuklenie konturu sercowego po stronie prawej. Powiększenie komory lewej daje powiększenie na lewo, może jednak spowodować i powiększenie wymiarów serca po stronie prawej od linii środkowej. A jeśli do tego dodamy, że cały szereg czynników ubocznych działających w śródpiersiu, w płucach, na opłucnej, dalej ustawienie przepony, stan tłoczni brzusznej, że wszystkie te czynniki mogą mieć wpływ na obraz sylwetki serca, to zrozumiemy, że jest dla rentgenologa rzeczą bardzo pożądaną, jeśli może przez obserwację jakiegoś innego narządu, będącego w kontakcie powierzchniowym ze sercem i dużymi naczyniami a łatwo dostępnego badaniu rentgenologicznemu — ułatwić sobie orientację a często umożliwić pomiar rozmaitych odcinków serca i dużych naczyń. Takim narządem jest przede wszystkim przełyk.

Cały szereg metod oznaczania rozszerzeń tętnicy głównej i powiększeń rozmaitych odcinków serca jest oparty na metodzie badania przełyku przez wypełnienie go ciałem kontrastowym. I tak np. jedyny względnie dokładny sposób mierzenia tętnicy głównej, to jest metoda Kreuzfuchsa dla łuku tętnicy głównej, a jedynym dokładnym sposobem zorientowania się w rozmiarach lewego przedsionka jest również obserwacja przebiegu przełyku w ustawieniu I skośnym chorego.

Przypadki, które dzisiaj przedstawiam, mają zobrazować tę ważność badania przełyku w przypadkach schorzeń serca i dużych naczyń.

Przypadek pierwszy: chora lat 62, zgłosiła się na oddział Prof. Oszackiego z dolegliwościami sercowymi. Badanie radiologiczne wykazało zmiany w sercu o charakterze zmian w mięśniu sercowym, dosyć znaczne rozszerzenie tętnicy głównej w łuku (*Kreuzfuchs* około 4 cm) i miażdżycę tętnicy głównej. Przełyk wypełniony papką kontrastową wykazał na wysokości VII kręgu piersiowego znaczne wychylenie do przodu i na stronę lewą. Wychylenie to miało charakter łukowaty, było bardzo regularne, ściana przełyku w tym miejscu niezmieniona, wyraźnie tętni. Takie przemieszczenie przełyku mogłoby być spowodowane rozmaitymi procesami toczącymi się w tylnym śródpiersiu, ze względu jednak na charakter wygięcia przełyku i jego cechy należało przede wszystkim myśleć o rozszerzeniu tętniakowatym tętnicy głównej zstępującej. Badanie chorej w pozycji leżącej, na grzbiecie pozwoliło uwidocznić tętnicę główną zstępującą rozszerzoną na tym odcinku w postaci dodatkowego konturu w cieniu serca, wzdłuż którego spływała papka kontrastowa. Rozpoznano *aneurysma aortae descendentis.* Były wobec tego zupełnie uzasadnione i wytłumaczalne dolegliwości chorej w postaci gwałtownych bólów w nadbrzuszu i z tyłu w odpowiednim miejscu, na które chora zwróciła uwagę a które już oddział odsyłający przypisywał klinicznie zmianom w tętnicy głównej zstępującej.

Przypadek drugi: chora 60-letnia, z oddziału Prof. Oszackiego, została skierowana do zbadania rentgenologicznego z rozpoznaniem *vitium aortale mitralisatum aut vitium combinatum, atheromatosis aortae.* Badanie radiologiczne potwierdziło rozpoznanie kliniczne a przy sposobności badania przełyku stwierdzono, że przełyk na wysokości przyczepu IV żebra do mostka wykazuje znacznego stopnia zwężenie bez zmian w samej ścianie, jako też przemieszczenie do przodu i na lewo. W tym wypadku i ucisk i przemieszczenie przełyku spowodowane jest przez bardzo wybitne przemieszczenie lewego przedsionka serca, a interesujące jest to, że przemieszczenie nastąpiło tutaj nie do tyłu, jak to zwykle bywa, ale do przodu i na lewo.

Oba te przypadki dowodzą, jak ważny w badaniu rentgenologicznym serca i dużych naczyń jest przełyk wypełniony papką kontrastową.

W dyskusji: Kol. Chudyk. W chirurgii promienicę leczy się wyłącznie naświetlaniami promieniami Roentgena. Z przypadków leczonych w ten sposób i obserwowanych w Klinice Chirurgicznej U. J. dopiero jeden przypadek nie dał się wyleczyć, zdaje się głównie dzięki temu, że zmiany były już zbyt rozległe. Mówca jest zdania, że i w ginekologii można tą drogą uzyskać dobre wyniki.

Doc. dr Szymanowicz. W pierwszym obserwowanym przez nas przypadku promienicy stosowaliśmy naświetlania promieniami Roentgena, mimo to sprawa chorobowa źle się skończyła.

Prof. dr Oszacki co do omawianego nowotworu wątroby podnosi, że posiadamy w przypadkach wątpliwych dostępny sposób oznaczania kwasu mlekowego we krwi. Przekonaliśmy się, że przy pierwotnych nowotworach wątroby znajdujemy tak duże ilości kwasu mlekowego we krwi, jakich nie spotykamy w innych przypadkach wzmożonej ilości tego kwasu, jak np. w przerzutach nowotworowych do wątroby.

Kol. dr Z. Landau (z Oddz. Neurolog.-Psychiatr. Szpitala św. Łazarza) *wygłasza odczyt, w którym omawia znaczenie dyspozycji dziedzicznej w patogenezie pląsawicy zakaźnej,* przy czym pokazuje zestawioną przez siebie tablicę genealogiczną obejmującą 4 pokolenia i 46 członków rodziny chorej z pląsawicą zakaźną, która to chora pozostawała w leczeniu oddziału VI (odczyt powyższy zostanie w całości ogłoszony drukiem).

W dyskusji: Kol. Kirschner.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 18 marca 1936 roku.

1. Kol. Wołożyńska: *„Przypadek niedokrwistości aplastycznej"*.

2. Kol. Chrzanowski i Kocen: *„Stan współczesny wiedzy o niedokrwistości aplastycznej"*.

Pierwszy przypadek niedokrwistości aplastycznej opisał Ehrlich w 1888 roku, przy czym podkreślił, że głównymi objawami tego rodzaju schorzeń jest zmniejszenie się liczby krwinek czerwonych, białych i płytek ze skłonnością do krwawień. Później ukazało się wiele prac na ten temat, wśród których zasługują na szczególną uwagę *„aleukia haemorrhagica"* Franka i *„anaemia aplastica"* Eppingera. Niedokrwistość aplastyczna może powstać: 1) po zadziałaniu na szpik kostny lub układ krwiotwórczy czynnika toksycznego, jak benzol, arsen, promienie Roentgena, 2) czynnika zakaźnego, 3) może być zejściem innych schorzeń w szczególności układu krwiotwórczego i krwi, jak niedokrwistości złośliwej lub białaczek. Niedokrwistość aplastyczną o wiadomej etiologii nazywamy niedokrwistością aplastyczną wtórną w odróżnieniu od niedokrwistości kryptogenetycznej, inaczej samoistnej.

Do ważniejszych objawów niedokrwistości aplastycznej należą: wybitna postępująca bladość powłok skóry i widzialnych błon śluzowych; owrzodzenia o charakterze błoniczym lub zgorzeli umiejscowione przeważnie w jamie ustnej, często będące miejscem wniknięcia zarazka i powstania ogólnego zakażenia: niekiedy występuje skaza krwotoczna i krwawienia z nosa, jamy ustnej, czasami z odbytnicy i pochwy. Wątroba i śledziona w przebiegu niedokrwistości są niepowiększone, raczej zmniejszone. Kwas solny w treści żołądkowej w ilości normalnej lub nieco zmniejszonej. Wartości bilirubiny we krwi normalne lub poniżej normy. Treść dwunastnicza blada, uboga w bilirubinę. Sterkobilina w zmniejszonej ilości. Urobilinogen niezwiększony lub nieznacznie zwiększony. Rokowanie w niedokrwistości aplastycznej w ogóle złe, chociaż są opisywane przypadki wyleczenia. Do środków najbardziej wskazanych w leczeniu niedokrwistości aplastycznej należą obfite i długotrwałe przetaczania krwi oraz naświetlanie długich kości promieniami Roentgena.

W dyskusji zabierali głos: kol. Weisshoff, Bender, Gliksman i Kokotek.

Kol. Weisshoff. Zespół chorobowy, przedstawiony przez kol. Chrzanowskiego, jak zmiany martwicze na śluzówce jamy ustnej, wysoka ciepłota, zakażenie ogólne, krwotoczność — są charakterystyczne dla obrazu klinicznego, występującego przy agranulocytozie. Powyższe objawy kliniczne w niedokrwistości aplastycznej występują mniej lub więcej jaskrawo w zależności przede wszystkim od współudziału w sprawie chorobowej części leukopoetycznej aparatu krwiotwórczego. Z wystąpieniem leukopenii, ze zmniejszeniem liczby komórek fagocytarnych — wielojądrzastych we krwi obwodowej i zmniejszonej zdolności ich wytwarzania w szpiku kostnym, zmniejsza się oporność organizmu na zakażenie i zdolność zwalczania zakażenia i na tym tle powstają powyższe objawy chorobowe.

W niedokrwistości aplastycznej znajdujemy przeważnie obok niedomogi układu erytropoetycznego niewydolność i innych układów szpiku kostnego — leukocytarnego i trombocytarnego.

Kol. Bender. W przebiegu ciężkiej niedokrwistości stwierdzamy często na stole sekcyjnym zmiany zwyrodniejąco-

tłuszczowe w mięśniu sercowym o typie *cor tigrinum*. W razie zaatakowania w stopniu znacznym pierścienia mięśniowo-zastawkowego u podstawy zastawek tętnicy głównej możemy usłyszeć szmer rozkurczowy o charakterze aortalnym, jako dowód względnej (typu mięśniowego) niedomykalności zastawek tętnicy głównej. W blisko 100 przypadkach niedokrwistości złośliwej typu Biermera obserwowanych na Oddz. Wewn. Szpitala im. Prez. Mościckiego słyszeliśmy ten szmer tylko jeden raz. Widocznie stopień zmian tłuszczowych był stosunkowo niewielki, co należy przypisać, jak sądzę, przede wszystkim — leczeniu wątrobą.

W pierwszym zaś przypadku panmyeloftizy (demonstrowanym przez kol. Chrzanowskiego), przebiegającej z wysoką ciepłotą, słyszeliśmy obok szmeru skurczowego lejący o typie aortalnym szmer rozkurczowy nad tętnicą główną i — obok nasuwającego się rozpoznania *endocarditis ulcerosa* z zaatakowaniem zastawek tętnicy głównej, jako punktu wyjścia zakażenia z wtórnym zaatakowaniem szpiku kostnego — wysunęliśmy wtedy możliwość istnienia panmyeloftizy ze zwyrodnieniem pierścienia mięśniowego u podstawy zastawek tętnicy głównej, a więc traktowaliśmy istniejącą niedomykalność zastawek tętnicy głównej, jako względną typu mięśniowego. Sekcja zwłok wykazała zupełny brak zmian na zastawkach. Fakt ten stanowić może przyczynek do rozpoznawania *panmyelophtisis* tam, gdzie w rozpoznaniu różniczkowym wszelkie pozory przemawiają za zakażeniem zastawek.

Kol. Kokotek. Przed 3 laty obserwowałem przypadek niedokrwistości aplastycznej, który różnił się od opisywanych dotąd tym, że został wywołany przez bizmut.

Chora lat 28, przybyła na Oddział Zakaźny Szpitala na Radogoszczu z rozpoznaniem złośliwej błonicy. W szpitalu stwierdzono jednak, iż zmiany w gardzieli nie były pochodzenia błoniczego, ale pochodziły od wypełniających całą gardziel i jamę ustną wiotkich, łatwo odrywających się skrzepów. Na skórze całego ciała liczne wynaczynienia. Obraz krwi wykazał silną niedokrwistość, leukopenię i trombopenię, brak objawów odnowy. Obraz krwi ulegał stałemu pogorszeniu. Mimo wielokrotnych przetaczań krwi, podawania preparatów wątrobowych i bodźcowych po 3 tygodniach chora zmarła.

Z wywiadów wynikało, iż 2 lata przed zapadnięciem na niedokrwistość aplastyczną, stwierdzono u chorej kiłę. Chora otrzymała 3 leczenia (salwarsan i bizmut), które zniosła bardzo dobrze. 6 tygodni przed zapadnięciem chora poczęła źle znosić salwarsan, wskutek czego dermatolog przeszedł wyłącznie na bizmut, który stosował 2 razy na tydzień domięśniowo. Podczas stosowania bizmutu nagle pojawiły się objawy niedokrwistości aplastycznej.

Wiadomo, iż bizmut wpływa ujemnie na układ krwiotwórczy, wywołując agranulocytozę, natomiast nie znalazłem w piśmiennictwie wzmianki o bizmucie, jako przyczynie niedokrwistości aplastycznej.

W szeregu przypadków skazy krwotocznej z powodu niedokrwistości aplastycznej, małopłytkowości samoistnej i objawowej w przebiegu zakażenia nie znajdowałem równoległości między liczbą płytek a krwawieniem. Bardzo często spostrzegałem, iż przy wybitnym zmniejszeniu liczby płytek lub zupełnym ich braku chorzy nie krwawią, natomiast krwawienia pojawiały się w okresie względnego ich narastania. Zmniejszona liczba płytek nie może służyć za wskaźnik krwawienia, gdyż prawdopodobnie nie trombopenia jest ich przyczyną, lecz uszkodzenie ścian naczyń.

Sekretarz: *Dr B. Czaplicki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

Posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się dnia 25 marca b. r. Porządek dzienny: 1. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 2. Demonstracje chorych: a) Dr Karbowski: Przypadek po laryngektomii z powodu raka krtani. b) Dr Karbowski: Powtórny pokaz chorego po faryngotomii podgnykowej. c) Dr Karbowski i dr Flaumenbaum: Przyczynek do ropnych spraw narządu słuchu w przebiegu cukrzycy. d) Dr Karbowski: Przypadek z objawami ze strony narządów kamyczkowych. e) Dr Jabłoński: Przypadek rozległego perlaka o nietypowym kształcie. 3. Wolne wnioski.

Różne.

Z kraju.

Z inicjatywy Ministerstwa Opieki Społecznej została powołana do życia Rada Naukowo-Lekarska dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W skład Rady wchodzą reprezentanci: a) wydziałów lekarskich wszystkich pięciu uniwersytetów: z Warszawy prof. dr Czyżewicz, z Krakowa prof. dr Pieńkowski, ze Lwowa prof. dr M. Franke, z Wilna prof. dr Pawlas, z Poznania prof. dr Jonscher; b) Naczelnej Izby Lekarskiej — prof. dr Michałowicz; c) Zakładu Ubezpieczeń Społecznych — dr Falkiewicz T., dr Rudzki i dr Zamecki; d) Ministerstwa Spraw Wojskowych — gen. dr St. Rouppert; e) dyrektor Dep. Służby Zdrowia Min. Op. Społ. — dr Adamski; f) wreszcie lekarze zasłużeni na polu medycyny społecznej — prof. dr Czubalski, dr Kaszubski (Warszawa) i dr Tomaszewski (Łódź). Na pierwszym, konstytuującym posiedzeniu odbytym w dniu 5 marca b. r. w Warszawie przemawiał p. Minister Opieki Społecznej Z. Kościałkowski, określając zadania Rady. Na tym posiedzeniu przewodniczącym Rady wybrano gen. dra St. Roupperta, zastępcą przewodniczącego sen. prof. dr Michałowicza, a na stałego sekretarza powołano dra J. Szumskiego. — W dniu 22. III. b. r. odbyło się pierwsze pełne posiedzenie Rady Naukowo-Lekarskiej, na którym, po uchwaleniu deklaracji programowej, p. J. Wł. Lgocki, naczelny dyrektor Z. U. S. wygłosił referat pt.: Podstawy prawne i organizacyjne ubezpieczeń społecznych w Polsce. Referat był objaśniony licznymi, bardzo interesującymi przeźroczami, przedstawiającymi dążenia do uproszczenia praktycznego spraw ubezpieczeń społecznych. Następnie uchwalono tymczasowy regulamin Rady i jej budżet na rok 1937. Dalszą część posiedzenia zajęło rozpatrzenie i ustalenie programu prac Rady na rok 1937. Dla spełnienia swych zadań Rada wyłoniła cztery specjalne zespoły, których zadaniem jest opracowanie pewnych zagadnień związanych z pracą ubezpieczeń społecznych. Zespół pierwszy ma zająć się zagadnieniem akcji zapobiegawczej ubezpieczeń społecznych, zespół drugi organizacją walki z gruźlicą, zespół trzeci sprawą szkolenia lekarzy w zakresie wiedzy ubezpieczeniowej i medycyny społecznej, a zespół czwarty ma za zadanie przygotowanie projektów budowy i organizacji powstającego w Warszawie Instytutu Medycyny Społecznej.

Ze zjazdu lekarzy powiatowych i miejskich województwa poznańskiego. W dniach 4 i 5 marca b. r. w sali sejmikowej Wydziału Powiatowego w Poznaniu odbyły się obrady zjazdu lekarzy powiatowych i miejskich z udziałem naczelnych lekarzy ubezpieczalni społecznych z terenu województwa poznańskiego. Na zjazd przybył podsekretarz stanu w Ministerstwie Opieki Społecznej dr E. Piestrzyński oraz inspektor służby zdrowia dr Zachert i dyrektor Państwowego Zakładu Higieny doc. dr Szulc. Otwarcia obrad dokonał w zastępstwie nieobecnego wojewody wicewojewoda Walicki. Przewodniczył obradom dr Zaroski, naczelnik wydziału zdrowia województwa poznańskiego. Na wstępie dr Zaroski wygłosił referat sprawozdawczy o stanie sanitarnym i działalności publicznej służby zdrowia na terenie województwa poznańskiego. Następnie dr Morzycki, kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny w Poznaniu, złożył sprawozdanie z działalności tej filii oraz roli, jaką spełnia, zwłaszcza w zakresie chorób zakaźnych. Mr Osipiak, jako kierownik oddziału badania żywności, przedstawił działalność filii w tym zakresie. Z kolei po dyskusji nastąpiły dalsze referaty o organizacji służby zdrowia w poszczególnych powiatach. Interesujące dane o organizacji lekarzy rejonowych i ośrodków zdrowia dostarczył dr Wierusz, lekarz powiatowy z powiatu poznańskiego, i dr Cholewa, lekarz powiatowy z powiatu wyrzyskiego. W związku z tymi referatami dłuższe przemówienie wygłosił p. wiceminister dr Piestrzyński podkreślając, że głównymi wytycznymi Ministerstwa Opieki Społecznej w zakresie podniesienia zdrowotności w kraju jest zorganizowanie w każdym powiecie kilku rejonowych ośrodków zdrowia, które by zapewniały ludności przynajmniej minimalną pomoc lekarską, zwłaszcza w zakresie opieki nad dzieckiem i matką oraz zapobiegania chorobom zakaźnym i społecznym. W dalszym toku obrad dr Wierzbicki, naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu, przedstawił współudział ubezpieczalni społecznych w realizowaniu organizacji rejonowych ośrodków zdrowia. Ponadto były omawiane sprawy przygotowania w zakresie ratownictwa sanitarnego (dr Tymoszewicz) i przeprowadzania badań u poborowych (insp. dr Babiak). — W drugim dniu zjazdu, po uwa-

gach wicewojewody Walickiego w sprawie realizacji w terenie zadań służby zdrowia, wygłosili dłuższe referaty: doc. dr Szulc — o roli żywienia dla zdrowotności publicznej i dr Zaroski — o wpływie czynników regionalnych na zdrowotność publiczną. W przerwie uczestnicy zjazdu udali się autobusami do Swarządza pod Poznaniem, gdzie wzięli udział w uroczystości poświęcenia ośrodka zdrowia, zapoznając się jednocześnie z jego organizacją i dotychczasową działalnością. Ponadto uczestnicy zjazdu zwiedzili w Poznaniu filię Państwowego Zakładu Higieny, gdzie fachowych wyjaśnień udzielał dr Morzycki i mr Osipiak. W godzinach popołudniowych dr Zaroski, po zreasumowaniu przebiegu obrad, zamknął zjazd.

Komunikaty.

XV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się pod wysokim protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej we Lwowie w dniach od 4—7 lipca 1937 roku. Komitet Organizacyjny Zjazdu ukonstytuował się w następującym składzie: Przewodniczący: Prof. Dr Rencki, Pijarów 4. Zastępca przewodniczącego: Prof. Dr D. Szymkiewicz, Nabielaka 22. Sekretarz generalny dla nauk lekarskich: Prof. Dr W. Koskowski, Piekarska 52. Sekretarz generalny dla nauk przyrodniczych: Prof. Dr M. Kamieński, Ujejskiego 1. Skarbnik: Prof. Dr A. Zakrzewski, Kochanowskiego 71. Sekretarz: Dr J. Papierkowski, Piekarska 52. Komitet Organizacyjny ustalił jako terminy dla przesłania zgłoszeń referatów dzień 1 kwietnia 1937. Termin zgłoszenia uczestników w Zjeździe ustalono na 15 czerwca 1937 r. Oprócz referatów i komunikatów sekcyjnych będą zorganizowane dyskusje na ogólne tematy interesujące przyrodników i lekarzy. Referaty dotyczące tematów ogólnych będą wydrukowane i dostarczone uczestnikom przed Zjazdem. Szczegółowy wykaz tematów będzie podany później w prasie fachowej.

Sekcje i ich gospodarze: 1. Sekcja nauk matematycznych, astronomicznych i geodezyjnych: Prof. Dr E. Rybka, ul. Długosza 8. 2. Sekcja geografii: Prof. Dr E. Romer, ul. Długosza 25. 3. Sekcja chemii: Prof. Dr A. Dorabialska, ul. Ujejskiego 1. 4. Sekcja fizyki: Prof. Dr T. Malarski, ul. Leona Sapiehy 12. 5. Sekcja zoologii z podsekcją: a) anatomii, histologii, cytologii i genetyki zwierząt, b) systematyki, zoogeografii, faunistyki i ekologii zwierząt, c) entomologii: Prof. Dr J. Hirschler, ul. św. Mikołaja 4. 6. Sekcja antropologii i prehistorii: Prof. Dr J. Czekanowski, ul. Długosza 8. 7. Sekcja botaniki: Prof. Dr S. Krzemieniewski, ul. św. Mikołaja 4. 8. Sekcja leśnictwa: Prof. Dr Suchecki, ul. św. Marka 1. 9. Sekcja ochrony przyrody: Prof. Dr Sz. Wierdak, ul. św. Marka 1. 10. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna: Prof. L. Iwanicki, ul. Szymonowiczów 1. Gimnazjum XI. 11. Sekcja nauk rolniczych: Prof. B. Janowski, ul. Kochanowskiego 67. 12. Sekcja nauk weterynaryjnych: Prof. Dr Z. Markowski i Prof. Dr W. Skowroński, ul. Kochanowskiego 65. 13. Sekcja nauk farmaceutycznych: Dr H. Ruebenbauer, ul. Mikołaja 15. 14. Sekcja historii i filozofii medycyny i nauk przyrodniczych, prasy i terminologii lekarskiej: Prof. Dr W. Ziembicki, ul. Bielowskiego 6. 15. Sekcja biologii ogólnej, chemii fizjologicznej i fizjologii: Prof. Dr R. Weigl, ul. św. Mikołaja 4. 16. Sekcja anatomii, histologii i embriologii: Prof. Dr J. Markowski, ul. Piekarska 52. 17. Sekcja higieny, medycyny społecznej i opieki zdrowotnej studentów: Prof. Dr Z. Steusing, ul. Piekarska 52. 18. Sekcja mikrobiologii i epidemiologii: Prof. Dr N. Gąsiorowski, ul. Piekarska 56. 19. Sekcja anatomii patologicznej: Prof. Dr W. Nowicki, ul. Piekarska 52. 20. Sekcja medycyny wewnętrznej, patologii ogólnej, farmakologii, fizykoterapii, hydrologii i klimatologii lekarskiej: Prof. Dr M. Franke, ul. Piekarska 52. 21. Sekcja medycyny sądowej i kryminalistyki: Prof. Dr W. Sieradzki, ul. Piekarska 52. 22. Sekcja chirurgii: Prof. Dr T. Ostrowski, ul. Pijarów 4. 23. Sekcja dermatologii i wenerologii: Prof. Dr J. Lenartowicz, ul. Piekarska 69. 24. Sekcja neurologii i psychiatrii: Prof. Dr J. Rothfeld, ul. Pijarów 6. 25. Sekcja okulistyki: Prof. Dr A. Bednarski, ul. Głowińskiego 7. 26. Sekcja oto-laryngologii: Prof. Dr T. Zalewski, ul. Pijarów 6. 27. Sekcja pediatrii: Prof. Dr Fr. Gröer, ul. Głowińskiego 5. 28. Sekcja położnictwa i ginekologii: Prof. Dr K. Bocheński, ul. Pijarów 4. 29. Sekcja stomatologii: Prof. Dr A. Cieszyński, ul. Zielona 5 a. 30. Sekcja geologii, mineralogii i petrografii: Prof. Dr W. Rogala, ul. Długosza 8. 31. Sekcja radiologii: Doc. Dr W. Grabowski, ul. Pijarów 4. 32. Sekcja wychowania fizycznego: Prof. Dr Z. Steusing, ul. Piekarska 52. 33. Sekcja przeciwalkoholowa: Red. J. Szymański, Warszawa, ul. Fałata 4. 34. Sekcja eugeniki: Nacz. Dr E. Doliński, ul. Bourlarda 4.

Organizacja Zjazdu: Sekcja informacyjno-mieszkaniowa: Dyr. A. Pohorecki, ul. Głowińskiego 7. Sekcja wystawowa lekarsko-farmaceutyczna: Doc. Dr A. Sabatowski, ul. Asnyka 2, Mr A. Krzyżanowski, ul. Piekarska 52. Sekcja wystawowa przyrodnicza: Prof. Inż. A. Kozikowski, ul. Ujejskiego 1. Sekcja wycieczkowa: Doc. Dr A. Sabatowski, ul. Asnyka 2, Prof. Dr A. Zierhoffer, ul. Kościuszki 9. Sekcja towarzyska: Prof. Dr Z. Markowski, ul. Kochanowskiego 65, Doc. Dr W. Dobrzaniecki, ul. Głowińskiego 5. Sekcja prasowa i propagandowa: Prof. Dr A. Bant, ul. Kochanowskiego 67. Sekcja zwiedzania miasta: Dr E. Doliński, ul. Bourlarda 4. Dr F. Uhorczak, Tow. Krajoznawcze, ul. Bourlarda 5. Sekcja wydawnicza: Prof. Dr W. Nowicki, ul. Piekarska 52, Prof. Dr D. Szymkiewicz, ul. Nabielaka 22. Biuro Komitetu: ul. Piekarska 52. Tel. 240-52.

Z okazji XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w lipcu 1937 r. Wystawa Przyrodniczo-Lekarska. Przewidziane są działy następujące: naukowy, opieki społecznej, zdrojowiskowy oraz przemysłowy. Udział w dziale naukowym jest bezpłatny. Termin zgłaszania eksponatów ustalono na 15 maja 1937 r.

W sprawach organizacyjnych dotyczących Zjazdu zwracać się można do Prof. Dra W. Koskowskiego, Sekretarza generalnego dla nauk lekarskich (ul. Piekarska 52, tel. 240-52) lub do Prof. Dra M. Kamieńskiego, Sekretarza generalnego dla nauk przyrodniczych (ul. Ujejskiego 1, tel. 279-58).

Sekcja XIV (historyczna) Zjazdu Lekarzy i Przyrodników we Lwowie obejmuje następujące działy: 1) Historię i filozofię medycyny, 2) Historię i filozofię nauk przyrodniczych, 3) Prasę lekarską i przyrodniczą, 4) Bibliografię, 5) Terminologię. — Do wszystkich lekarzy i przyrodników, interesujących się powyższym programem, jako też do wszystkich przedstawicieli prasy fachowej, zwracamy się z prośbą o jak najliczniejszy współudział w pracach Sekcji. Referaty, komunikaty, życzenia i wnioski prosimy nadsyłać na ręce przewodniczących komitetów miejscowych, którymi są: dla Krakowa prof. dr W. Szumowski, Kraków ul. Piłsudskiego 6; dla Poznania i Wilna: prof. dr A. Wrzosek, Poznań, Górna Wilda 89; dla Warszawy prof. dr L. Zembrzuski, Warszawa, Okólnik 11; dla Lwowa wreszcie i pozostałych terenów podpisany gospodarz Sekcji. Sekretarz Sekcji: *Zygmunt Godyń*, asystent Politechniki. Gospodarz Sekcji: *Dr Witold Ziembicki*, profesor historii medycyny. Lwów, Bielowskiego 6.

Redakcja otrzymała:

R. Dittrich: Die Atembewegungen der Norm und Fehlform. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1937. Cena: 15 RM.

L. Ombrédanne i P. Mathieu: Traité de chirurgie orthopédique. T. I. Wyd. Masson, Paryż 1937.

J. W. Grott: W sprawie rozpoznawania utajonych postaci przewlekłego zapalenia trzustki. Odb. z „Now. Lek." Z. 1. 1937 i to samo po włosku (odb. z „Rinascenza Medica" Nr 4. 1937).

H. Hirszfeldowa: Z zagadnień dziedziczności i eugeniki. Nakł. „Nasza Księgarnia". Warszawa, 1937.

J. Rutkowski: Chirurgia. T. III. Wyd. „Ars Medici". Warszawa, 1937.

Pathologie und Therapie des peripheren Kreislaufs. Wyd. Związek Lekarzy w Bad Oyenhausen. Th. Steinkopff, Drezno-Lipsk 1936. Cena: 7 RM.

Wege der Kreislaufbehandlung. Wyd. Związek Lekarzy w Bad-Nauheim. Th. Steinkopff, Drezno-Lipsk 1936. Cena: 10 RM.

E. Koch: Allgemeine Elektrokardiographie. Wyd. Th. Steinkopff, Drezno-Lipsk 1937. Cena: 3 RM.

E. Bircher: Das Kropfproblem. Wyd. Th. Steinkopff, Drezno-Lipsk 1937. Cena: 12 RM.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—

za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.